

SITUATION UND PERSPEKTIVEN DER SUCHTKRANKENHILFE

Positionspapier 2001

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
Hamm, im Dezember 2000

Inhalt

	Vorbemerkung	
1	Der Versorgungsbereich	5
1.1	Adressaten der Suchtkrankenhilfe	5
1.2	Epidemiologie des Konsums psychotroper Substanzen	10
1.3	Ziele und Aufgaben der Suchtkrankenhilfe	14
1.4	Grundprinzipien der Hilfe	17
2	Die Versorgungsstrukturen	20
2.1	Selbsthilfe	20
2.2	Professionelle Hilfeformen	21
2.2.1	Basisversorgungssysteme und Sekundärprävention	22
2.2.2	Niedrigschwellige Hilfen und Schadensreduzierung	24
2.2.3	Ausstiegshilfen und Therapie	26
3	Grundlagen, Qualität und Rahmenbedingungen	32
3.1	Qualifikation der Fachkräfte	32
3.2	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	35
3.3	Forschung	38
3.4	Finanzierung	41
4	Resümee: Entwicklungsbedarfe und -perspektiven	45
5	Zukunftssicherung durch kontinuierliche Kooperation, Planung und Steuerung	48

Literatur

Trägerverbände der DHS

Vorbemerkung

Bereits Ende der 80er Jahre begannen in der *Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* erste Überlegungen zur Erstellung eines ‚Gesamtkonzepts der Suchtkrankenhilfe‘. Ausgangspunkt dieses Vorhabens war die unbefriedigende Situation des in diesem Bereich fragmentierten Gesundheitswesens sowie vieler tendenziell separiert arbeitender und planender Einrichtungen und Verbände. Vor diesem Hintergrund sollte das künftige Gesamtkonzept zunächst einen möglichst umfassenden Überblick über vorhandene Strukturen und absehbare Entwicklungen des Versorgungsbereichs der Suchtkrankenhilfe sowie seiner gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen gewährleisten. Darauf aufbauend sollten zentrale Zukunftserfordernisse benannt und diesen gemäße Strukturvorgaben entwickelt werden. Einer solch komplexen Aufgabenstellung war kaum kurzfristig und nur auf Grundlage der bald einsetzenden intensiven Diskussions- und Abstimmungsprozesse zu entsprechen.

Im Verlauf des zwischenzeitlich vergangenen Jahrzehnts begannen und verstärkten sich gravierende Entwicklungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die grundsätzlich auch die Suchtkrankenhilfe betreffen. Ihr Ausgangspunkt ist das Spannungsverhältnis zwischen zunehmend knappen bzw. verknäpften öffentlichen Kassen auf der einen, steigendem Qualitätsbewusstsein auch im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf der anderen Seite. In der Suchtkrankenhilfe führte dies bereits zu bedeutenden Neuerungen, die sowohl an sie herangetragen (Stichwort: §93 BSHG) als auch von ihr selbst initiiert wurden (Stichwort: Leistungsbeschreibung).

Weitere Neuerungen sind absehbar (Stichworte: Einzelleistungsvergütung, Leitlinien, Indikationskriterien). Dabei wird offenkundig, dass sämtliche Entwicklungen Teilaspekte eines dynamischen gesellschaftlichen Prozesses darstellen, dessen Verlangsamung oder gar Beendigung kaum absehbar ist. Dies gilt für die Suchtkrankenhilfe wie für das gesamte Gesundheitswesen und für dieses wie für ausnahmslos alle anderen Bereiche des öffentlichen Lebens: Ökonomie, Information und Kommunikation, Wissenschaft, Kultur etc. Vor solchem Hintergrund würde ein statisches, allenfalls periodisch modifiziertes ‚Gesamtkonzept‘ der Suchtkrankenhilfe, das Detailfragen beantworten und feste Versorgungsstrukturen vorgeben wollte, beinahe schneller veralten, als es erarbeitet werden könnte.

Diese Überlegungen führten zur Erstellung des vorliegenden Positionspapiers. Es reflektiert Situation und Perspektiven von Versorgungssystem und Hilfepraxis als auch ihrer Rahmenbedingungen durch Gesundheits- und Sozialpolitik wie Wissenschaft im Jahr 2000. Kontinuierliche mittelfristige Fortschreibungen des Papiers sind dabei ebenso erforderlich, wie die o.g. Entwicklungen der Suchtkrankenhilfe teils wünschenswert, teils längst schon eingeleitet. In Anbetracht dieses dynamischen Grundverständnisses hat die Mitgliederversammlung der DHS im Zuge der Verabschiedung des Positionspapiers 2001 beschlossen, dieses nach ei-

ner Frist von zwei Jahren einer ersten Überprüfung zu unterziehen und fortzuschreiben. Dabei wurde festgelegt, in der Version 2003 auch die mit den verhaltensbezogenen Phänomenen des Pathologischen Glücksspiels und der Essstörungen verbundenen Herausforderungen zu berücksichtigen.

Mit ihrem *Positionspapier 2001* zeigt die DHS gegenwärtige Handlungsoptionen der Suchtkrankenhilfe auf und skizziert die Methoden aktiver Mitgestaltung im genannten Spannungsfeld von Effektivität und Effizienz. Dazu bedarf es allerdings der Definition eines allgemeinen fachlichen Konsenses, der Grundlage und Fixpunkt aller Entwicklungen zu sein hat. Er besteht in der modernen Suchtkrankenhilfe aus zumindest zwei Elementen, und zwar

- der Ausrichtung an einer gleichgewichtigen Bedeutung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, also von gesellschaftlichen wie individuellen Ansätzen der Intervention, und an
- dem Handlungsansatz personenbezogener - statt institutionenzentrierter - Hilfen.

Primärpräventive Maßnahmen versuchen, den Konsum psychotroper Substanzen durch Interventionen auf der Angebotsseite (z.B. Verbot der Herstellung und des Handels mit Heroin, Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol und Zigaretten) und auf der Nachfrageseite (z.B. Information über Konsumrisiken, Hilfeangebote) gesellschaftsbezogen zu reduzieren. Ihre Entwicklung und Umsetzung sind originäre Aufgabenbereiche der (Gesundheits- und Sozial-, Kultur-, Innen- und Finanz-) Politik. Sie werden in den vorliegenden Erörterungen zur Suchtkrankenhilfe nur randständig thematisiert. Dies schon deshalb, weil primärpräventive Maßnahmen prinzipiell Gesundheit zu erhalten, nicht jedoch wiederherzustellen trachten. Das Interesse des vorliegenden Positionspapiers zur Suchtkrankenhilfe konzentriert sich daher folgerichtig auf sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen für Menschen mit vorhandenen substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken. Dies umfasst die Aufgaben der Risikoreduzierung (risk reduction), Schadensreduzierung (harm reduction) sowie Behandlung und Rehabilitation.

Das Positionspapier richtet sich an ehrenamtliche wie professionelle Fachleute insbesondere der Suchtkrankenhilfe, aber auch des gesamten Gesundheits- und Sozialwesens. In seinem ersten Kapitel liefert es eine Beschreibung des Versorgungsbereichs: Adressaten, Ziele und Prinzipien der Suchtkrankenhilfe werden unter Berücksichtigung von Prävalenzdaten dargestellt. Daran anschließend erfolgt die Diskussion der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen. Deren Grundlagen, Rahmenbedingungen und Qualitätssicherung sind Gegenstand des dritten Kapitels. Die Darstellungen umfassen neben der Deskription jeweils auch die Analyse von Erfordernissen, Leistungen und Herausforderungen.

Der Resümee (Kap. 4) ist die Grundlage abschließender Schlussfolgerungen. Sie untersuchen die Möglichkeiten der Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Suchtkrankenhilfe mit dem Ziel der Gewährleistung bedarfsgerechter Angebote auf lokaler, regionaler, Länder- und Bundesebene. Hierzu geeignete Methoden und Instrumente müssen

die strukturelle Flexibilität des gesamten Versorgungsbereichs und seiner einzelnen Sektoren fördern. Kooperation, Planung und Steuerung auf den verschiedenen genannten Ebenen ermöglichen es, die Suchtkrankenhilfe unter Berücksichtigung teilweise widerstrebender Einzel- und Gesamtinteressen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

An der über mehr als ein Jahrzehnt währenden Entwicklung des vorliegenden Positionspapiers *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe* waren verschiedene Gremien beteiligt: neben dem Fachausschuss Grundsatzfragen insbesondere der Vorstand sowie das Wissenschaftliche Kuratorium der DHS. Ausdrücklicher Dank gilt neben diesen T. Arnold, R. Frietsch, M. Schmid und R. Simmedinger im *Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (ISS), die zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt die Diskussion mit einer umfangreichen Expertise bereicherten. Insbesondere sei all jenen gedankt, die über einen langen Zeitraum bereit waren, die dynamische Entwicklung der Suchtkrankenhilfe kontinuierlich zu analysieren und weiterzudenken.

Dr. Raphael Gaßmann

1 Der Versorgungsbereich

1.1 Adressaten der Suchtkrankenhilfe

Im folgenden wird, anstelle von ‚Sucht‘, der in der internationalen Fachdiskussion übliche Begriff ‚substanzbezogene Störungen‘ verwandt. Er bezieht sich ausschließlich auf Störungen, die mit dem Konsum psychotroper Substanzen verbunden sind. Gemäß der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV werden unter substanzbezogenen Störungen sowohl Substanzabhängigkeit als auch Substanzmissbrauch (i.S. einer Vorstufe der Abhängigkeitserkrankung) verstanden. Neben den Menschen mit vorliegender Substanzabhängigkeit bzw. Substanzmissbrauch stellen Personen mit riskantem Konsum psychotroper Substanzen eine grundsätzlich wichtige Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe dar. Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland hat sich bisher auf die Gruppe der Substanzabhängigen und damit auf den Bereich der Tertiärprävention konzentriert. Weniger beachtet wurde hingegen dieser Bereich der Sekundärprävention.

Phänomenologie der Substanzabhängigkeit

Die Logik vorliegender Suchttheorien folgt bislang im wesentlichen zwei unterschiedlichen Ordnungsprinzipien. Das erste Ordnungsprinzip ist substanzorientiert (z.B. an Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen). Ein zweites Ordnungsprinzip orientiert sich an wissenschaftlichen Disziplinen. In diesem Zusammenhang sind vorrangig Biologie, Chemie, Medizin, Psychologie und Soziologie zu nennen. Angesichts solch weitgehend unterschiedlicher Ansätze blieb die Forderung nach interdisziplinärer Forschung bis dato eher Anspruch und Programm, denn Realität.¹ Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang von einer Komplementarität der verschiedenen Erklärungsmuster auszugehen, die von den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen erarbeitet werden. Dies bedingt die Notwendigkeit, von monokausalen und linearen Erklärungsmodellen Abstand zu nehmen und statt dessen mit multifaktoriellen Ansätzen zu arbeiten (Feuerlein, Kufner, Soyka 1998), die letztlich auf dem Ansatz der klassischen Bedingungstrias (Person, Gesellschaft, Suchtmittel/Substanz²) fußen.

Diagnostische Kriterien

Die von der American Psychiatric Association (APA) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Klassifikationssysteme DSM-IV bzw. ICD-10 basieren auf der Beobachtung von Symptomen und Syndromen; Ursache und Entstehung der Störungen durch psychotrope Substanzen werden nicht in die Analyse einbezogen. Nach DSM-IV (Saß, Wittchen,

¹ Vgl. hierzu auch Kapitel 3.3

² Hier sei ‚Suchtgegenstand‘ impliziert.

Zaudig 1996) und ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt 1991) wird das Krankheitsbild „Störung durch psychotrope Substanzen“ klassifiziert und den psychischen Störungen zugeordnet. Zu den psychotropen Substanzen zählen beispielsweise Alkohol, Opiate, Nikotin, Sedativa. DSM-IV sowie ICD-10 unterscheiden zwei Arten von Störungen durch psychotrope Substanzen: Einerseits den Substanzmissbrauch (DSM-IV) bzw. den schädlichen Gebrauch (ICD-10), andererseits die Substanzabhängigkeit.

Ein Missbrauch liegt nach DSM-IV dann vor, wenn in einem Zeitraum von zwölf Monaten eines von vier Kriterien (vgl. Tab.1) zutrifft. Während diese Missbrauchskriterien soziale Folgen des Konsumverhaltens betonen (Wetterling, Veltrup 1997), engt die ICD-10 den schädlichen Gebrauch (Missbrauch) auf physische und psychische Gesundheitsstörungen, wie z.B. eine Hepatitis oder eine depressive Episode, ein³ (Dilling, Mombour, Schmidt 1991, 85 f.).

Die Kriterien für eine Abhängigkeitsdiagnose sind dagegen nach DSM-IV und ICD-10 im wesentlichen identisch⁴. Sie erlauben eine klare Abgrenzung zwischen normalem Substanzgebrauch und Substanzabhängigkeit. Diese wird nach DSM-IV und ICD-10 dann diagnostiziert, wenn in einem Zeitraum von zwölf Monaten mindestens drei von sieben Kriterien (vgl. Tab.1) zutreffen.

Hervorzuheben ist hier, dass die aktuellen Versionen ICD-10 und DSM-IV zur Definition der Substanzabhängigkeit gleichermaßen somatische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigen (vgl. John 1985). Dies entspricht der o.a. grundlegenden Bedingungstrias.

³ Die ICD-10 gibt zudem bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs keinen zeitlichen Rahmen vor.

⁴ Die ICD-10 enthält ein zusätzliches Kriterium, den Substanzgebrauch zur Milderung von Entzugssymptomen, das im DSM-IV unter dem Aspekt der Entzugssymptome subsumiert ist.

Tab.1: Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen nach DSM-IV

Missbrauch	Abhängigkeit
<p>(1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.</p> <p>(2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.</p> <p>(3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.</p> <p>(4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer und interpersoneller Probleme, die durch die Auswirkung der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.</p> <p>Die Kriterien für eine Abhängigkeit sind noch nicht erfüllt.</p>	<p>(1) Manifeste Toleranzentwicklung.</p> <p>(2) Entzugssymptome oder Substanzgebrauch zur Milderung, Linderung oder zu Vermeidung von Entzugsproblemen.</p> <p>(3) Einnahme der Substanz in großen Mengen und länger als beabsichtigt.</p> <p>(4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.</p> <p>(5) Hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.</p> <p>(6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.</p> <p>(7) Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.</p>

Quelle: nach Saß, Wittchen, Zaudig 1996

Als Zusatzklassifikation zur ICD hat die WHO mit der ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) ein Klassifikationssystem der Krankheitsfolgen entwickelt, das die Erscheinungsformen einer Gesundheitsstörung unter den Aspekten der Schädigung, Fähigkeitsstörung und sozialen Beeinträchtigung erfasst (ICDH 1995). Dieses Klassifikationssystem stellt u.a. eine Grundlage individueller Rehabilitationsplanung dar.

Ein weiteres Klassifikationssystem, das sich insbesondere zur Identifizierung von Menschen mit riskantem Substanzgebrauch, jedoch noch ohne diagnostizierbare substanzbezogene Störungen eignet, ist die Klassifikation nach konsumierten Mengen. Als gesundheitsgefährdend wird in Deutschland ein täglicher Konsum von 20 Gramm Alkohol bei Frauen und von 30 bzw. 40 Gramm Alkohol bei Männern angenommen (Simon, Tauscher, Pfeiffer 1999; Edwards 1997). Bei Nikotinkonsum wird davon ausgegangen, dass hier eine grundsätzliche Gesundheitsgefährdung besteht (Simon, Tauscher, Pfeiffer 1999). Auch der Konsum illegaler Drogen, insbesondere von Heroin, Kokain und Crack, Ecstasy und Cannabis gilt schon deshalb generell als riskant, weil immer justizielle und überwiegend auch finanzielle Probleme mit deren Erwerb und Besitz verbunden sind (Simon, Tauscher, Pfeiffer 1999). Für andere Substanzen, wie Medikamente, liegen entsprechende Grenzwerte zu gesundheitsgefährdenden Mengen nicht vor.

Folgen substanzbezogener Störungen

Menschen, die eine chronische Substanzabhängigkeit entwickelt haben, weisen häufig weitere Erkrankungen und Störungen auf. Es handelt sich dabei um substanzbedingte Folgekrankheiten, wie z.B. Leberzirrhose und Karzinome, sowie um Krankheiten, die auf Art und Umstände des Konsums zurückzuführen sind, wie z.B. Hepatitis C (z.B. Feuerlein, Kufner, Soyka 1998; Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht/EBDD 1998; Simon, Tauscher, Pfeiffer 1999). Ferner – und dies mit besonderer Therapierelevanz – geht die Substanzabhängigkeit häufig mit schwerwiegenden psychischen Störungen einher, wie z.B. Alkoholdelir, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen (Krausz, Müller-Thomsen 1994; Uhl et al. 1999). Im Bereich der Arbeitswelt weisen Alkoholabhängige rund 2,5fach höhere krankheitsbedingte Fehlzeiten auf, als andere Mitarbeiter (Feuerlein, Kufner, Soyka 1998).

Gesundheitliche Störungen und negative Auswirkungen sind jedoch nicht ausschließlich bei Abhängigen zu beobachten, sondern auch bei Menschen mit riskantem oder schädlichem bzw. missbräuchlichem Konsum psychotroper Substanzen. So ist das Risiko einer Arbeitslosigkeit bei Menschen mit substanzbezogenen Problemen deutlich höher, als unter der Gesamtbevölkerung. Bei Unfällen mit Personenschaden im Straßenverkehr standen 1997 rund 33.500 Beteiligte unter Alkoholeinfluss (Joó, Schulze 1998). Von Personen, die illegale Drogen konsumieren, werden neben Rauschgiftdelikten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) etwa 13% aller Raubdelikte begangen (Simon, Tauscher, Pfeiffer 1999; Kreuzer 1999).

Der Gebrauch psychotroper Substanzen, insbesondere riskanter Alkoholkonsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol sowie Nikotinkonsum, gilt insgesamt als bedeutendste gesundheitsschädigende Verhaltensweise in der Bevölkerung. Daneben verursacht er i.d.R. massive psychische, soziale, finanzielle und juristische Probleme für die Betroffenen und ihre Familien sowie für die Gesellschaft. So schätzte allein NRW die in diesem Bundesland durch Drogenabhängigkeit entstehenden gesellschaftlichen Kosten auf 2,85 Milliarden DM für das Jahr 1994 (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 1999).

Terminologie und Zielgruppen

Die Verwendung des Suchtbegriffs gilt im Rahmen der Diskussionen einer nach wie vor so genannten ‚Sucht‘krankenhilfe zunehmend als inakzeptabel, da er eine Einschränkung auf die Gruppe der schwer abhängigen Menschen impliziert (Bühringer, Künzel 1999). Zudem werden unter dem Begriff der ‚Sucht‘ Personengruppen, wie etwa Menschen mit Essstörungen oder pathologischem Spielverhalten, subsumiert, die nach fachlichen Standards und internationalen Klassifikationssystemen andere Störungs- und Krankheitsbilder aufweisen, als beispielsweise Drogen- oder Alkoholabhängige. Schon 1965 hat die WHO vorgeschlagen, den Begriff ‚Sucht‘ durch ‚Abhängigkeit‘ zu ersetzen. Allerdings beschreibt auch die

„Abhängigkeit von psychotropen Substanzen“ nur unzureichend jene Adressatengruppen, für die aufgrund ihres Substanzkonsums von einem Bedarf an Interventionen und Hilfen auszugehen ist. Der in den medizinischen Klassifikationssystemen und in der Fachdiskussion seit einiger Zeit verwandte Begriff der „Störungen bzw. Risiken durch psychotrope Substanzen“ (Saß, Wittchen, Zaudig 1996; Dilling, Mombour, Schmidt 1991; John 1997; Wanke 1997; Bühringer, Künzel 1999) ist besser geeignet, die Adressaten der „Sucht“krankenhilfe zu beschreiben. Im folgenden werden diese daher als „Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. substanzbezogenen Risiken“ bezeichnet (Bühringer, Künzel 1999).

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland hat sich bisher auf die Gruppe der Substanzabhängigen und damit auf den Bereich der Tertiärprävention konzentriert. Sie kann auf dem Gebiet der Rehabilitation auch im internationalen Vergleich große Erfolge aufweisen (John 1997). Dies gilt weniger für den Bereich der Sekundärprävention. Um diesen innerhalb des Gesamtsystems der Suchtkrankenhilfe stärker zu berücksichtigen, ist es erforderlich, die Zielgruppe der Interventionen wie beschrieben zu erweitern. Der Begriff „Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken“ umfasst in diesem Sinn:

- Personen mit einer *Abhängigkeit* von psychotropen Substanzen, (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente etc.)
- Personen mit *schädlichem Gebrauch (Missbrauch)* psychotroper Substanzen
- Personen mit *riskantem Gebrauch psychotroper Substanzen* (Institute of Medicine 1990; Wetterling, Veltrup 1997; John 1997; Bühringer, Künzel 1999)

Dabei leiten sich die Begriffe „Abhängigkeit“ und „Missbrauch“ wie gezeigt von den Klassifikationssystemen ICD-10 bzw. DSM-IV und der Begriff des riskanten Gebrauchs von der durchschnittlichen Tageskonsummenge bzw. vom Gebrauch überhaupt ab. Dieser erweiterte Begriff der Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe ermöglicht es, einerseits frühe Interventionen (Sekundärprävention) im Aufgabenspektrum der Suchtkrankenhilfe zu berücksichtigen, andererseits Stigmatisierungen der Betroffenen zu vermeiden (Wetterling, Veltrup 1997). Mit der erweiterten Zielgruppendefinition geht zudem eine nachdrückliche Öffnung der Suchtkrankenhilfe für weitere Gruppen, wie Menschen mit Störungen und Risiken durch Nikotinkonsum, einher.

1.2 Epidemiologie des Konsums psychotroper Substanzen

Die vorliegenden epidemiologischen Daten sowie Schätzungen zum Konsum psychotroper Substanzen zeigen dessen weite Verbreitung auf. Dies gilt besonders hinsichtlich von Alkohol und Nikotin. Unter den hochgerechnet insgesamt 7,8 Millionen Deutschen (zwischen 18 und 59 Jahren) mit riskantem Alkoholkonsum befinden sich 1,5 Millionen Alkoholabhängige und 2,4 Millionen Alkoholmissbraucher. Bereits diese Zahlen aus dem Bereich des Alkoholkonsums machen deutlich, dass ein bedarfsgerechtes Hilfesystem für diese Personengruppen erhebliche Anforderungen an das Gesundheits- und Sozialsystem, einschließlich der Suchtkrankenhilfe, stellt und entsprechender Ressourcen bedarf.

Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychotroper Substanzen in der Bevölkerung, wie sie seit den siebziger Jahren in Deutschland durchgeführt werden, liefern wichtige Informationen zum Ausmaß und zu den Problemen, die mit dem Gebrauch der verschiedenen Substanzen verbunden sind. Sie stellen damit eine Grundlage für die Planung und Durchführung von Behandlungsmaßnahmen dar (Kraus, Bauernfeind, Bühringer 1998).

Ergänzt und differenziert werden diese Repräsentativerhebungen insbesondere im Hinblick auf Probleme, die mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen verbunden sind, durch die Daten der Behandlungsstatistiken der Suchtkrankenhilfe wie z.B. EBIS (Simon et al. 1998), SEDOS, DESTAS und BADO (Schmid, Simmedinger, Vogt 1999) sowie der Leistungsträger (z.B. VDR 1998). Als weitere zusätzliche Quellen zum Umfang des Gebrauchs psychotroper Substanzen dienen allgemeine Statistiken, wie z.B. der Mikrozensus, und Einzeluntersuchungen (Perkonigg et al. 1997). Für den Bereich illegaler Drogen sind weitere Informationen den Daten aus einer Patientenstichprobe bei niedergelassenen Ärzten sowie den Daten zu Drogentodesfällen zu entnehmen (Bühringer et al. 1997; European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction 1997; Kirschner, Kunert 1997; Heckmann et al. 1993).

Die repräsentativen Bevölkerungsbefragungen zum Gebrauch psychotroper Substanzen haben die Datenlage zu Art und Ausmaß des Konsums legaler und illegaler Drogen verbessert. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass eine Hochrechnung der Konsumenten und Abhängigen von illegalen Drogen auf der Basis von Bevölkerungsbefragungen mit einer relativ hohen Fehlerwahrscheinlichkeit der Unterschätzung behaftet ist, da es sich um eine nur kleine Gruppe innerhalb der Gesamtbevölkerung handelt (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction 1997).

Eine aktuelle Repräsentativerhebung (Kraus, Bauernfeind 1998) enthält unter anderem Daten zu Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen innerhalb der erwachsenen Bevölkerung (Altersgruppen 18 bis 59) in Deutschland, auf die sich die folgenden Ausführungen im wesentlichen beziehen.

Alkohol

Der Gebrauch von Alkohol ist unter der erwachsenen Bevölkerung (Altersgruppen 18 bis 59) in Deutschland weit verbreitet:

- Nach der Repräsentativbefragung 1997 (Kraus, Bauernfeind 1998) haben nur 9,6% der Männer und 14,9% der Frauen in Westdeutschland in den letzten zwölf Monaten keinen Alkohol konsumiert. In Ostdeutschland sind diese Abstinenzraten sowohl bei Männern als auch bei Frauen noch niedriger (Männer: 6,4%; Frauen: 7,6%). Der Konsum alkoholischer Getränke während der vergangenen 12 Monate wird überwiegend von älteren Personen aufgegeben.
- Hochgerechnet auf die erwachsene Bevölkerung (Altersgruppen 18 bis 59) weisen insgesamt 7,8 Millionen Personen (3,8 Millionen Männer und 2 Millionen Frauen) einen starken Alkoholkonsum (Männer: mehr als 40g Reinalkohol/Tag; Frauen: mehr als 20g Reinalkohol/Tag) auf⁵.
- Nach den Kriterien des DSM-IV konsumieren (in den Altersgruppen 18 bis 59) insgesamt 2,4 Millionen Personen (5% von Gesamt) missbräuchlich Alkohol (=8,1% der Männer, 1,9% der Frauen).
- Weitere 1,5 Millionen Personen der erwachsenen Bevölkerung (4,9% der Männer, 1,1% der Frauen) müssen nach DSM-IV als alkoholabhängig bezeichnet werden.
- Frauen konsumieren nicht nur weniger Alkohol, sondern sind auch unter den Alkoholmissbrauchern und -abhängigen geringer vertreten.

Nikotin

- Hochgerechnet auf die erwachsene Bevölkerung (Altersgruppen 18 bis 59) ist in Deutschland von 17,8 Millionen Rauchern auszugehen (rund 37% der Befragten), wobei deutlich weniger Frauen (30%) als Männer (43%) rauchen (Kraus, Bauernfeind 1998; vgl. auch Statistisches Bundesamt 1996).
- Von diesen Rauchern sind 6,7 Millionen als starke Raucher (durchschnittlich 20 und mehr Zigaretten täglich) einzuschätzen. Auch unter den starken Rauchern sind Männer deutlich häufiger als Frauen vertreten (Kraus, Bauernfeind 1998).
- In der Repräsentativerhebung 1997 wurden keine Daten zu Missbrauch oder Abhängigkeit von Nikotin erhoben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass mehr als die

⁵ In dieser Gruppe sind Personen mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit enthalten.

Hälfte der Raucher nikotinabhängig ist (Nelson, Wittchen 1998; Saß, Wittchen, Zaudig 1996).

Medikamente

- Nach der Repräsentativerhebung von 1997 konsumieren 7,4 Millionen Personen (11,5% Männer und 19,5% Frauen) mindestens einmal pro Woche Medikamente mit psychotroper Wirkung (Kraus, Bauernfeind 1998).
- Repräsentative Daten zur Medikamentenabhängigkeit liegen nicht vor. Schätzungen gehen von etwa 1,5 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus, davon ca. 1,2 Millionen Abhängige von Benzodiazepinderivaten (Glaeske 2000).
- Im Gegensatz zu den anderen psychotropen Substanzen werden Medikamente von Frauen häufiger als von Männern und von älteren häufiger als von jungen Menschen konsumiert (Kraus, Bauernfeind 1998; Glaeske 1998).

Illegale Drogen

- Im Zeitraum von zwölf Monaten vor der Befragung konsumierten – hochgerechnet – rund 2,2 Millionen (rund 5%) der erwachsenen Bevölkerung (Altersgruppen 18 bis 59) illegale Drogen, davon in Westdeutschland 2 Millionen (6,4% der Männer und 3,3% der Frauen), in Ostdeutschland 220.000 (3,6% der Männer und 1,7% der Frauen) (Kraus, Bauernfeind 1998).
- Der Gebrauch illegaler Drogen ist ebenfalls geschlechtsspezifisch. So gaben in der Repräsentativerhebung 1997 doppelt so viele Männer wie Frauen in West- und Ostdeutschland an, illegale Drogen zu konsumieren.
- Der Konsum illegaler Drogen ist altersspezifisch. In der Altersgruppe der 21- bis 24-jährigen werden am häufigsten illegale Drogen konsumiert.
- Bei der Mehrheit der Konsumenten illegaler Drogen handelt es sich um Cannabis-Konsumenten. Im 1-Jahres-Zeitraum vor der Befragung konsumierten rund 14,7% der 21-24-jährigen in Westdeutschland sowie 5,4% der gleichaltrigen Ostdeutschen Cannabis.
- Von einem Missbrauch illegaler Drogen nach den Kriterien des DSM-IV ist bei insgesamt 265.000 westdeutschen Personen – 1% der befragten Männer und 0,4% der befragten Frauen im Alter von 18 bis 59 Jahren, hierbei jedoch vorwiegend in den jüngeren Altersgruppen – auszugehen. Es handelt sich überwiegend um Konsumenten von Cannabis und Ecstasy (Kraus, Bauernfeind 1998).

- Bei weiteren 285.000 Personen (1,1% der befragten Männer und 0,2% der befragten Frauen im Alter von 18 bis 59 Jahren, hier ebenfalls überwiegend Jüngere) liegen nach den Kriterien des DSM-IV Abhängigkeitsdiagnosen vor (Kraus, Bauernfeind 1998).

Die vorliegenden Informationen und Schätzungen zeigen für Deutschland die weitestgehende Verbreitung des Konsums psychotroper Substanzen, insbesondere von Alkohol und Nikotin, auf. Mit Ausnahme von Medikamenten konsumieren signifikant weniger Frauen als Männer psychotrope Substanzen. In den letzten Jahren wurde ein tendenziell rückläufiger Konsum von Alkohol, Nikotin und – weniger ausgeprägt – von illegalen Drogen beobachtet (Kraus, Bauernfeind 1998). Die auch gegenwärtig geschätzten Gesamtzahlen der Konsumenten sind jedoch ein Indikator für das nach wie vor enorme Ausmaß der gesundheitlichen, sozialen und materiellen Probleme, die aus dem Gebrauch psychotroper Substanzen resultieren. Nicht zuletzt die Berücksichtigung der Personen mit riskantem Gebrauch psychotroper Substanzen stellt dabei erhebliche konzeptionelle, strukturelle und finanzielle Anforderungen an ein bedarfsgerechtes Hilfesystem für diese Personengruppen.

1.3 Ziele und Aufgaben der Suchtkrankenhilfe

Der Konsum psychotroper Substanzen kann gravierende somatische, psychische, soziale, rechtliche und finanzielle Störungen und Probleme hervorrufen. Übergeordnete Ziele der Suchtkrankenhilfe sind daher individueller Konsumverzicht bzw. -reduzierung sowie die Minderung des gesellschaftlichen Gesamtkonsums. Der fortschreitende Verlauf der mit dem Konsum psychotroper Substanzen zusammenhängenden Probleme soll beendet oder umgekehrt, zumindest aber verzögert werden. Die individuellen Interventionen der Suchtkrankenhilfe umfassen hierzu ein differenziertes Spektrum an Maßnahmen, das die Schwere der Störung, die Mitwirkungsbereitschaft und die persönlichen und sozialen Ressourcen der Menschen mit substanzbezogenen Störungen oder Risiken einbezieht.

Als übergeordnete Ziele der Suchtkrankenhilfe werden heute allgemein die Nachfragesenkung, Risikominderung und Schadensminimierung verstanden. Während die Einschränkung des Angebots Aufgabe der Gesundheitspolitik ist (Edwards 1997), kann die Suchtkrankenhilfe durch Mitwirkung bei der Primärprävention und durch Sekundär- und Tertiärprävention die Nachfrageseite beeinflussen und substanzbezogene Risiken und Schäden minimieren helfen.

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland wurde in einem gut hundert Jahre andauernden Prozess als Subsystem der Sozial- und Gesundheitsversorgung ausdifferenziert (DHS 1997; Hauschildt 1995; zur Entwicklung von Suchtkrankenhilfesystemen im internationalen Vergleich siehe Klingemann, Takala, Hunt 1992 und Klingemann, Hunt 1998). Im Verlauf dieses Prozesses haben sich die hier vorherrschenden Zielvorstellungen immer wieder entwickelt und verändert. Zudem werden der Suchtkrankenhilfe verschiedene Aufgaben von Politik, Kostenträgern und anderen Institutionen zugetragen.

Dabei waren und sind unterschiedliche Zielvorstellungen auf mehreren Ebenen zu beobachten. Dies gilt zum einen hinsichtlich der Frage nach den Zielgruppen der Suchtkrankenhilfe: Ihre Maxime der Konsumreduzierung richtet sich sowohl auf die gesamtgesellschaftliche Ebene als auch die einzelnen Konsumenten. Unter diesen wird versucht, sowohl schwerst- kranke Abhängige wie auch Menschen mit riskantem Konsum mit unterschiedlichen Angeboten zu erreichen.

Im Zusammenhang der individuellen Suchtkrankenhilfe bestehen hierbei sehr unterschiedliche Konzepte der Betreuung und Behandlung. Ungeachtet immer wieder geforderter und auch praktizierter Kooperation der einzelnen Berufsgruppen in der Suchtkrankenhilfe und trotz der Multiprofessionalität von Behandlungsteams verbirgt sich hinter diesen Differenzen bisweilen auch die Konkurrenz einzelner Professionen, die unterschiedlich akzentuiert einen vorrangig medizinisch, psychiatrisch, psychotherapeutisch oder psychosozial geprägten Behandlungsansatz präferieren.

Eine weitere grundsätzliche Auseinandersetzung betrifft die Bedeutung der Abstinenz in der Behandlung von Abhängigen. Für die meisten Abstinenzverbände, Selbsthilfegruppen, Behandler und Wissenschaftler ist die dauerhafte Beendigung des Konsums psychotroper Substanzen primäres Ziel der Behandlung und zugleich Voraussetzung für positive Veränderungen in allen Lebensbereichen. Gerade in der Drogenhilfe findet dieser ‚abstinenzorientierte‘ Ansatz Widerspruch durch einen ‚akzeptanzorientierten‘ Hilfeansatz (vgl. Stöver 1990; Schmid, Vogt 1998). Während jene Seite die Abstinenz von psychotropen Substanzen als den einzigen Weg, eine als unumkehrbar verstandene Abhängigkeitserkrankung zu bearbeiten, in den Mittelpunkt stellt, wird von der anderen Seite in der ‚harm reduction‘, also individueller Schadensreduzierung durch niedrighwellige, nicht an eine Abstinenzbereitschaft gebundene Angebote, die zentrale Aufgabe der Suchtkrankenhilfe gesehen.

Wird die Zielgruppenbestimmung der Suchtkrankenhilfe - wie erläutert - über im engeren Sinne Abhängige hinaus erweitert auf Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken, so sind - ungeachtet der beschriebenen Differenzen - voneinander sehr verschiedene Problemlagen mit unterschiedlichen Hilfe- und Behandlungsbedarfen und unterschiedlichen Interventionszielen zu definieren. Analog dazu wurde bereits 1990 für die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen definiert: „Behandlung umschließt eine große Bandbreite von Diensten. Dazu zählen Erkennung, Kurzintervention, Assessment, Diagnostik, Beratung, medizinische Dienste, psychiatrische Dienste, soziale Dienste und Nachsorge für Menschen mit Alkoholproblemen. Das übergeordnete Ziel der Behandlung besteht darin, den Alkoholkonsum als einen Faktor, der zu physischen, psychologischen und sozialen Störungen beiträgt, zu reduzieren oder zu beenden und den fortschreitenden Verlauf aller damit zusammenhängenden Probleme zu stoppen, zu verzögern oder umzukehren“⁶ (Institute of Medicine 1990, 46 /Eigenübersetzung). Das hier zugrundeliegende breite Verständnis von Behandlung umfasst verschiedene Interventionsformen auf sehr unterschiedlichen Gebieten und benennt die gleichberechtigten Zielvorstellungen der Reduktion bzw. Beendigung des Alkoholkonsums sowie die Bekämpfung aller alkoholassoziierten Probleme. Ein solches Interventionsverständnis ist auf die Behandlung aller substanzbezogenen Probleme und Abhängigkeitserkrankungen übertragbar.

Inzwischen haben sich auch in Deutschland die Mehrzahl der Träger, Verbände und Institutionen der Suchtkrankenhilfe sowie Bund, Länder und Kommunen in Anlehnung an die in § 27 SGB V und § 9 SGB VI festgelegten Behandlungs- und Rehabilitationsziele⁷ auf eine Zielsys-

⁶ „Treatment refers to the broad range of services, including identification, brief intervention, assessment, diagnosis, counseling, medical services, psychiatric services, social services, and follow-up, for persons with alcohol problems. The overall goal of treatment is to reduce or eliminate the use of alcohol as a contribution factor to physical, psychological, and social dysfunction and to arrest, retard, or reverse the progress of any associated problems.“

⁷ § 27 SGB V nennt folgende Behandlungsziele: „eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Nach § 9 SGB VI bestehen die Aufgaben der Rehabilitation darin, „(1.) den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und (2.) dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern“.

tematik der Suchtkrankenhilfe verständigt. In Anlehnung an Körkel (1988), Schwoon (1992) und Feuerlein, Kufner, Soyka (1998, 238-243) kann diese wie folgt umrissen werden (siehe auch FDR 1997; DHS 1998b; Fachverband Sucht e.V. 1998):

- Sicherung des Überlebens in Phasen akuten Substanzmissbrauchs (z.B. durch aufsuchende Arbeit, Angebote von Krisenzentren und medizinischer Notdienste).
- Verhinderung körperlicher Folgeschäden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen.
- Soziale Sicherung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, der Arbeit und privater Unterstützungsstrukturen.
- Verhinderung bzw. Milderung sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung.
- Vermittlung von Einsichten in Art und Ausmaß der substanzbezogenen Störungen und Risiken zur Förderung von Veränderungsbereitschaft.
- Verlängerung der konsumfreien Phasen bzw. Reduzierung der Konsummengen und der Konsumexzesse.
- Erreichung dauerhafter Abstinenz.
- Behandlungsmotivation und Akzeptanz professioneller Hilfeangebote.
- Erreichen einer verbesserten Lebensqualität, unterstützt durch konstruktive Bearbeitung evtl. Rückfälle.
- Autonome Lebensgestaltung in freier persönlicher Entscheidung.
- (Re-)Integration in soziale und berufliche Zusammenhänge.
- Stabilisierung der Interventionserfolge.

Diese Zielsystematik reicht von dringlichen, kurzfristigen Zielen (Sicherung des Überlebens) bis hin zu weitreichenden langfristigen Zielen (Autonome Lebensgestaltung). Sie umfasst gleichermaßen Interventionsziele, die ausschließlich für Menschen mit vorliegender Abhängigkeit gelten, wie auch Ziele, die ebenso Interventionen bezügl. riskanten Konsums betreffen. Eine solch idealtypische Beschreibung spiegelt die Praxis von Beratung und Behandlung notwendigerweise auf abstrakte Art. Tatsächlich werden die genannten Ziele nicht vollständig getrennt voneinander und in zeitlicher Abfolge angestrebt. Darüber hinaus ist die Zielsystematik nicht als Prioritätenskala zu verstehen. Vielmehr gewährt sie die Möglichkeit, kranken- und problembezogene Interventionsziele zu bestimmen und zu vereinbaren. Dabei sind die Schwere der Störung, individuelle Eigenschaften sowie Wünsche und Bedürfnisse der Patienten bzw. Klienten zu berücksichtigen (Feuerlein, Kufner, Soyka 1998, 239).

1.4 Grundprinzipien der Hilfe

Neben den aufgezeigten Interventionszielen haben sich gemeinsame Grundprinzipien der Suchtkrankenhilfe herausgebildet. Sie umfassen ethische, fachliche, ressourcenorientierte und versorgungspolitische Aspekte. Grundsätzlich ist die Notwendigkeit individuell konzipierter, personenadäquater Hilfen zu berücksichtigen.

Über die dargestellten Interventionsziele hinaus entstand in den vergangenen Jahrzehnten ein Grundkonsens hinsichtlich der fundamentalen Prinzipien der Suchtkrankenhilfe. Bei aller Unterschiedlichkeit einzelner Arbeitsansätze und Handlungsmaximen skizzieren sie den allgemeinen Stand der Fachlichkeit. Teilweise wurden diese nachfolgend darzulegenden Grundprinzipien bereits 1975 im Bericht der Sachverständigenkommission der Bundesregierung zur Lage der Psychiatrie formuliert. Sie stellen keine therapeutischen Anleitungen für den Einzelfall, sondern vielmehr einen Konsens dar, der die Arbeit des Hilfesystems grundsätzlich charakterisiert und zugleich eine Orientierung zu seiner Weiterentwicklung bietet. In diese Grundprinzipien fließen sowohl ethische und fachliche als auch ressourcenorientierte und versorgungspolitische Perspektiven ein.

Oberstes Prinzip der Suchtkrankenhilfe ist die individuelle Hilfeplanung und -durchführung. Sie muss auf die jeweils individuelle Situation reagieren und kann deshalb keine für alle Gegebenheiten und Anforderungen einheitliche, optimale Behandlungs- oder Interventionsform anstreben, geschweige denn entwickeln. Vielmehr hat die Suchtkrankenhilfe personen- und problemadäquate Hilfen anzubieten. Dabei wäre es aufgrund der großen Zahl von Menschen mit substanzbezogenen Störungen und der begrenzten finanziellen Ressourcen unrealistisch, sowie versorgungspolitisch unsinnig, in fachlichem Separatismus Spezialbehandlungsplätze für alle Menschen mit substanzbezogenen Störungen vorhalten zu wollen. Vielmehr ist auch anzustreben, die vorhandenen Basisversorgungssysteme (Hausarztmedizin, Allgemeinkrankenhäuser, Allgemeine Soziale Dienste) fachlich adäquat weiterzubilden und mit den spezifischen Angeboten der Suchtkrankenhilfe zu koordinieren.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lassen sich folgende Grundprinzipien formulieren:

- Frühe Intervention: Je eher riskanter, schädlicher oder missbräuchlicher Konsum bzw. Abhängigkeit erkannt werden und entsprechende Interventionen erfolgen, um so größer sind die noch vorhandenen Ressourcen, um so geringer sind bereits eingetretene Störungen, und um so weniger einschneidende Maßnahmen sind zu einer erfolgversprechenden Intervention erforderlich.
- Ressourcenorientierung: Die Suchtkrankenhilfe versucht, vorhandene Ressourcen zu nutzen, zu stärken und auszubauen. Ohne eine Aktivierung von Selbstheilungskräften ist keine Veränderung möglich. Professionelle Interventionen sollten es deshalb so weit wie möglich vermeiden, in die Lebenszusammenhänge von Menschen mit Substanzproble-

men einzugreifen. Vielmehr sind im Rahmen der Behandlung vorhandene Ressourcen im Lebensumfeld ebenso einzubeziehen wie vorhandene Belastungen.

- **Selbsthilfe vor Fremdhilfe:** Der Selbsthilfe gelingt es, Selbstheilungskräfte zu aktivieren, soziale Ressourcen zu erschließen und das soziale Umfeld miteinzubeziehen. Aus dem Subsidiaritätsprinzip ergibt sich die Nachrangigkeit professioneller Hilfen gegenüber der Selbsthilfe. Professionelle Hilfe ist vor allem dann gefragt, wenn Selbsthilfe alleine nicht ausreicht. In der Regel ergänzen sich Selbsthilfe und professionelle Hilfe.
- **Basisversorgung:** Die ausdifferenzierten medizinischen, psychosozialen und sonstigen Hilfesysteme stehen prinzipiell auch Menschen mit substanzbezogenen Störungen zur Verfügung. Soweit diese Versorgungssysteme an ihre Grenzen stoßen, sind besondere Hilfeangebote und –einrichtungen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen erforderlich.
- **Vorrang ambulanter Hilfen:** Die gebotene individuelle Hilfeplanung auf Basis einer qualifizierten Diagnostik impliziert die Berücksichtigung aller vorhandenen Versorgungsformen. Je nach Einzelfall ist mithin zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zu entscheiden oder sind diese zu kombinieren. Sie sind gleichermaßen versorgungspolitisch unverzichtbar. Ambulante und teilstationäre Hilfeformen übernehmen dabei den mehrheitlichen Teil der Interventionen. Desungeachtet ist und bleibt vielfach die stationäre Therapie sowohl angemessene als auch einzig mögliche Form der Hilfe.
- **Prinzip der Wohnortnähe:** Sollen individuell vorhandene soziale Ressourcen genutzt werden, so gelingt dies i.d.R. am ehesten in räumlicher Nähe zum Lebensmittelpunkt der Betreuten. Allerdings können individuelle Gründe auch für eine wohnortferne Behandlung sprechen.
- **Kooperation der Hilfesysteme:** Effektive und effiziente Hilfen erfordern die Kooperation unterschiedlicher Angebotsformen und Hilfesysteme. Hierzu zählt auch die Zusammenarbeit zwischen speziellen Einrichtungen zur Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Institutionen der psychosozialen und medizinischen Basisversorgung.
- **Mehrdimensionale Schadensminimierung:** Im Mittelpunkt der Arbeit der Suchtkrankenhilfe steht derzeit der einzelne abhängige Mensch, dessen Krankheit geheilt oder – falls dies aktuell nicht zu realisieren scheint – dessen Krankheitssymptome und -leiden gelindert werden sollen. Daneben besteht auch ein gesamtgesellschaftlicher Anspruch auf ‚harm reduction‘. Dabei sind die individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnisse nach Schadensminimierung nicht deckungsgleich, sondern widersprechen sich zum Teil. Die Suchtkrankenhilfe muß bei der Konzeptionierung ihrer Angebote die Bedürfnisse beider Seiten berücksichtigen.

Aus den beschriebenen Zielen und Grundprinzipien lassen sich differenzierte Hilfeangebote und Behandlungsansätze ableiten. Dabei ist zu beachten, dass sich Menschen mit sub-

stanzbezogenen Störungen und Risiken in vielerlei Hinsichten unterscheiden: Die Angebote der Suchtkrankenhilfe richten sich an Männer und Frauen, Alte und Junge, Deutsche und Nichtdeutsche, stark und weniger stark Belastete, sowie an Menschen aus verschiedenen sozialen Milieus und Schichten, deren Problemverläufe und -ausprägungen stark variieren. Eine naheliegende Antwort hierauf ist die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionen, z.B. frauenspezifischer Hilfeansätze. Inzwischen wurde ein diesbezügliches Netzwerk ambulanter und stationärer Einrichtungen aufgebaut, dessen bedarfsgerechte Ausgestaltung und Absicherung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Eine weitere zielgruppenspezifische Differenzierungslogik ist an der Art der konsumierten Substanzen orientiert. Tatsächlich wurde das Drogenhilfesystem in Deutschland aus dem sehr viel älteren System der Suchtkrankenhilfe heraus als Spezialsystem entwickelt (Vogt, Schmid 1998). Dabei entstand ein weitgehend paralleles Einrichtungsnetz. Inzwischen wird ansatzweise die Integration von Alkohol- und Drogenhilfe diskutiert. Diese könnte für die Strukturentwicklung der gesamten Suchtkrankenhilfe von großer Bedeutung sein.

2 Die Versorgungsstrukturen

2.1 Selbsthilfe

Selbsthilfeorganisationen von und für Menschen mit substanzbezogenen Störungen sind nicht nur als eine Ergänzung der professionellen Suchtkrankenhilfe zu betrachten, sondern stellen ein eigenständiges Unterstützungssystem dar, das einen quantitativ und qualitativ wesentlichen Beitrag zur Überwindung von Substanzproblemen leistet. Allerdings sind derzeit vergleichsweise wenige Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Störungen durch den Konsum illegaler Drogen vorhanden. Zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe von und für Menschen mit substanzbezogenen Störungen sollten neue Selbsthilfekonzepte, z.B. mit einem Peer-Support-Ansatz, entwickelt und erprobt werden. Dabei müssen auch die Erfordernisse der Unterstützung für Selbsthilfeorganisationen berücksichtigt werden. Ferner ist das Verhältnis von Selbsthilfe, ehrenamtlichem Engagement und professioneller Hilfe zu diskutieren, um über eine Klärung der jeweiligen Aufgaben und Kompetenzen Kooperationen zu ermöglichen.

Vor allem in Bezug auf Menschen mit Alkoholproblemen kommt der Selbsthilfe traditionell ganz wesentliche Bedeutung zu. Eine sehr große Zahl diesbezüglicher Selbsthilfegruppen bildet in Deutschland eine Infrastruktur, die es jedem Menschen mit Alkoholproblemen ermöglicht, sehr kurzfristig und in seinem Lebensumfeld eine entsprechende Gruppe aufzusuchen. Es wird geschätzt, dass derzeit in Deutschland ca. 7.000 Gruppen der Suchtselbsthilfe mit mehr als 120.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern bestehen.

Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind oft die ersten Ansprechpartner für Menschen mit Alkoholproblemen und motivieren zur Auseinandersetzung mit dessen Konsum. Selbsthilfegruppen dienen der Therapievorbereitung, arbeiten begleitend zur Therapie und treten oftmals auch an die Stelle professioneller Maßnahmen. Am bekanntesten ist ihre stabilisierende Funktion im Rahmen der Nachsorge und der beruflichen und sozialen (Re-)Integration.

Im Bereich der illegalen Drogen ist das Selbsthilfekonzept wesentlich geringer verbreitet. Zwar bestehen in allen größeren Städten aktive Narcotics Anonymous-Gruppen sowie einige Gruppen, die sich für die Rechte der Konsumenten einsetzen und Partizipation bei der Planung und Ausgestaltung des Hilfesystems einfordern. Ein parallel zum professionellen Behandlungssystem existierender Verbund von Gruppen ist jedoch nicht vorhanden. Dies ist vermutlich auch darin begründet, dass Selbsthilfe ein Mindestmaß an persönlichen Ressourcen voraussetzt. Diese Annahme wird durch Forschungsergebnisse gestützt, denen zufolge Abhängige mit sozial ungünstigen Lebensbedingungen in Selbsthilfegruppen seltener anzutreffen sind als in der Gesamtgruppe aller Abhängigen.

Die Suchtselbsthilfe besitzt in Deutschland eine mehr als hundertjährige Geschichte (Körtel, Hack 1997). In deren Verlauf hat sich die Arbeit der Selbsthilfe immer wieder veränderten Rahmenbedingungen angepasst. So kann etwa die Akzentverschiebung von eher isoliert agierenden Abstinenzverbänden hin zu den an wechselseitiger Unterstützung orientierten

Selbsthilfegruppen als eine solche Anpassung gewertet werden. Möglicherweise steht in der Selbsthilfebewegung ein weiterer Modernisierungsschritt bevor, der zur vermehrten Einbindung junger Menschen mit Alkohol- oder Drogenproblemen führt. Hier sind noch genauere Überlegungen erforderlich, wie die erfolgreichen Prinzipien der Verbände und Gruppierungen den Bedürfnissen und Lebensgewohnheiten der jüngeren Generation angepasst werden können. Ermutigende Erfahrungen konnten z.B. mit Peer-Support-Modellen gesammelt werden (Shiner, Newburn 1996). Zur notwendigen Unterstützung der Selbsthilfe zählt auch, derartige Ansätze und Konzepte zeitgemäßer Innovation zu fördern. Dies geschieht seit langem in großem Umfang durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Eine Weiterentwicklung der Selbsthilfe wird sich ferner auch dem Verhältnis von Selbsthilfe und professioneller Hilfe widmen. Keineswegs dürfen dabei aus reinen Kostenerwägungen professionelle Dienstleistungen durch ehrenamtliches Engagement ersetzt werden. Hier sind im Rahmen einer offenen Debatte die originären Kompetenzen von Selbsthilfe, Ehrenamt und professionellen Diensten zu diskutieren und ihre Vernetzung zu gewährleisten.

2.2 Professionelle Hilfeformen

Professionelle Hilfeangebote sind personenbezogene Dienstleistungen, die von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert und von dafür anerkannten Leistungserbringern nach fachlichen Standards und Regeln erbracht werden. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses der Suchtkrankenhilfe wurden sehr unterschiedliche Hilfeformen konzipiert. Die folgende Darstellung folgt nicht der üblichen, an Einrichtungsstrukturen orientierten Gliederung (ambulant, teilstationär und stationär) sondern gliedert die Interventionsformen nach den klientenbezogenen Aspekten ‚Basisversorgung und Sekundärprävention‘, ‚Niedrigschwellige Hilfen und Schadensreduzierung‘, ‚Ausstiegshilfen und Therapie‘. Mit dieser groben Gliederung werden verschiedenen Stadien substanzbezogener Störungen jeweils adäquate Hilfeformen zugeordnet. Hierbei ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass sich einzelne Interventionen im realen Verlauf substanzbezogener Störungen und Probleme ergänzen können.

Auf eine quantitative Bestandserhebung des gegenwärtigen Suchtkrankenhilfesystems wird an dieser Stelle verzichtet. Eine entsprechende Übersicht findet sich bei Holz, Leune (1998). Angaben zur Nachfrage nach Behandlung finden sich bei Simon, Tauscher, Pfeiffer (1999).

2.2.1 Basisversorgungssysteme und Sekundärprävention

Sekundärpräventive Maßnahmen wenden sich an Menschen, die ein missbräuchliches oder riskantes Konsumverhalten aufweisen, ohne dass bereits eine manifeste Abhängigkeit oder massive Folgeprobleme festzustellen wären. Da viele Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken zunächst mit Institutionen des allgemeinen medizinischen Versorgungssystems (niedergelassene Ärzte, Allgemeinkrankenhäuser) in Kontakt geraten, sind diese Institutionen des Gesundheitssystems zu Frühintervention und Motivationsarbeit hervorragend geeignet. Hierzu ist es jedoch erforderlich, die Fachkräfte der medizinischen Basisversorgung intensiver für dieses Tätigkeitsgebiet zu qualifizieren. Auch die Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe sind gefordert, ihre Angebote der Frühintervention und Motivation zu überprüfen, zu verbreitern und weiterzuentwickeln. Ein großer Entwicklungsbedarf besteht hinsichtlich sekundärpräventiver Maßnahmen für junge Menschen.

Verschiedene Untersuchungen haben für Allgemeinpraxen eine Prävalenz alkohol- und drogenabhängiger bzw. ausschließlich alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten von 2,8 - 7,2% ermittelt (Übersicht bei Kremer et al. 1997). Zumindest 70 - 80% der Alkoholabhängigen suchen einmal oder mehrmals im Jahr eine ärztliche Praxis auf (Wienberg 1992; Kremer et al. 1997). Nach vorliegenden Hochrechnungen liegt diese Quote bezüglich i.v. Drogenabhängiger zwischen 50 und 90% (Kirschner, Kunert 1997; Zenker, Greiser 1998). Grundsätzlich weisen zudem sämtliche vorliegenden Untersuchungen darauf hin, dass Menschen mit substanzbezogenen Störungen die ambulante medizinische Versorgung quantitativ in höherem Maß in Anspruch nehmen als die Durchschnittsbevölkerung (Bühringer et al. 1997; Kremer et al. 1997).

In den mehr als 2.000 Allgemeinkrankenhäusern (mit ca. 600.000 Behandlungsplätzen) werden in Deutschland jährlich ca. 15 Millionen stationäre Patientenbehandlungen durchgeführt. Da in dieser Zählung Einzelpersonen in erheblichem Umfang mehrfach erfasst werden, lässt sich aus der ermittelten 17,5-prozentigen Prävalenz von Alkoholabhängigkeit und Missbrauch bei erwachsenen Krankenhauspatientinnen und -patienten (im Alter zwischen 18 und 64 Jahren) (John et al. 1996) keine absolute Prävalenzangabe errechnen. Fraglos jedoch liegt die Zahl der Krankenhauspatientinnen und -patienten mit Alkoholproblematik im Millionenbereich. In psychiatrischen Krankenhäusern schwankt der Anteil von Patientinnen und Patienten mit substanzbezogenen Störungen zwischen 20 und 50% (Wienberg 1992). Hochgerechnet aufgrund vorliegender Daten werden von allen stationär aufgenommenen Personen mit Alkoholproblematik im Laufe eines Jahres 91% in Allgemeinkrankenhäusern, 6% in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und 3% in stationären Rehabilitationseinrichtungen für Alkoholabhängige behandelt (John, Hapke, Rumpf 1997).

Schon diese Schätzungen verdeutlichen, dass die Praxen der niedergelassenen Ärzte sowie die Allgemeinkrankenhäuser den quantitativ größten Anteil der medizinischen Versorgung von Patienten mit substanzbezogenen Störungen und Risiken leisten. Vor allem bezüglich jener Patienten, die (noch) nicht in Kontakt zu Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe stehen,

bietet sich in den Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung die Chance zu Früherkennung und Frühintervention. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass diese Gelegenheit derzeit nur in einem kleinen Teil aller Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung genutzt wird.

Dabei liegen geeignete Screeninginstrumente zur Früherkennung substanzbezogener Störungen und Risiken durchaus vor (John, Hapke, Rumpf 1997). Ihre fachkundige Anwendung ist zur Frühintervention erforderlich, da in diesem Stadium der Abhängigkeitserkrankung noch nicht von einer Einsicht in die vorliegende Problematik ausgegangen werden kann und bestenfalls geringe Veränderungsmotivation vorhanden ist. So liegt die Initiative zur Frühintervention regelmäßig beim Intervenierenden. Diese eher kurze Intervention zielt primär auf die Motivierung zur Verhaltensänderung und die Herstellung einer Beziehung, die weiteres Arbeiten und gegebenenfalls die qualifizierte Vermittlung an weiterführende Hilfeangebote ermöglicht.

Grundlage der Frühintervention sind Überlegungen zur Entstehung von Verhaltensänderungen. Hierzu kann auf das Phasenmodell von Prochaska, DiClemente (1984) zurückgegriffen werden. Ausgehend von diesem Modell wurden inzwischen mehrere Methoden zur Frühintervention entwickelt. In Deutschland derzeit am bekanntesten scheint das „motivational interviewing“ (vgl. Miller, Rollnick 1991 und 1999). Zur Sekundärprävention zählen daneben schriftliche Informationen, Ratschläge – z.B. durch den behandelnden Arzt – und Kurzberatungen. Inzwischen liegen ermutigende Untersuchungsergebnisse hierzu vor (vgl. John et al. 1996; John, Hapke, Rumpf 1997; Arnold, Schmid, Simmedinger 1999; Kremer et al. 1998), die nahe legen, diese effektiven und kostengünstigen Formen der Interventionen auszubauen.

Hierzu ist es erforderlich, die Berufsgruppen der medizinischen Basisversorgung intensiver als bisher zum Problembereich substanzbezogener Störungen und Risiken zu qualifizieren (Schneider 1992). Inzwischen fand zwar das Thema ‚Sucht‘ als Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“⁸ Eingang in die ärztliche Weiterbildung, doch kann noch nicht davon ausgegangen werden, dass Frühintervention und motivationale Beratung zum Standardrepertoire von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten zählen.

Weitere bedeutsame Ansatzpunkte zu Frühintervention und Motivation bieten sich im Zusammenhang des alkoholbedingten Führerscheinentzugs und der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU). Vor allem die Institutionen der Suchtkrankenhilfe sollten die Beratung von Menschen nach Führerscheinvertlust und die Vorbereitung auf die MPU weniger als Pflichtaufgabe gegenüber unmotivierten Klientinnen und Klienten, sondern vielmehr als Chance zur Frühintervention und Motivationsarbeit verstehen.

⁸ Vgl. Beschluss der Bundesärztekammer vom 11.09.1998.

Einen weiteren Ansatz zu Frühintervention und Motivationsarbeit bietet die Kooperation von Drogen- und Suchtkrankenhilfe mit Jugendhilfe und Jugendarbeit. Inzwischen ist aus vielen Studien bekannt, dass das Alter beim Beginn eines problematischen Substanzkonsums, eine der wenigen Variablen ist, von der auf den evtl. Beginn einer Abhängigkeitserkrankung geschlossen werden kann. Um so wichtiger wäre es deshalb, Jugendliche mit problematischen Konsummustern und hohem Konsumniveau möglichst frühzeitig mit sekundärpräventiven Maßnahmen zu erreichen und zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Um hier effektive Angebote unterbreiten zu können, müssen Jugendhilfe sowie Drogen- und Suchtkrankenhilfe zu neuen Kooperationsformen finden (Erdélyi 1995).

2.2.2 Niedrigschwellige Hilfen und Schadensreduzierung

Während der Bereich der niedrigschwelligen Hilfen für Menschen mit Störungen durch Drogenkonsum als allgemein relativ gut ausgebaut bezeichnet werden kann, besteht hier hinsichtlich Menschen mit Störungen durch Alkoholkonsum noch großer Nachholbedarf. Insbesondere für die Gruppe chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger existieren derzeit nur vereinzelt niedrigschwellige Unterstützungsangebote. Ein Teil dieser Zielgruppe kann lediglich über aufsuchende Formen der sozialen Arbeit erreicht werden. Darüber hinaus werden auch für sie adäquate Aufenthalts- und (betreute) Wohnmöglichkeiten benötigt. Um ein entsprechendes niedrigschwelliges Hilfeangebot zu schaffen, ist es erforderlich, mit angrenzenden Hilfesystemen wie z.B. der Wohnungslosenhilfe, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der medizinischen Basisversorgung zu kooperieren.

Niedrigschwellige, auf Schadensminimierung zielende Maßnahmen wurden in Deutschland in den letzten zehn Jahren vor allem bezüglich der Konsumenten illegaler Drogen erprobt und ausgebaut (vgl. z.B. Arnold, Korndörfer 1993; Hartmann et al. 1994). Inzwischen unterhält die Drogenhilfe in nahezu allen Orten und Regionen Deutschlands niedrigschwellige Kontaktläden, die Lebensmittel, hygienische Maßnahmen, Spritzentausch, problembegleitende Beratung und Vermittlung in weiterführende medizinische und psychosoziale Hilfen anbieten. Für obdachlose Drogenabhängige wurden in vielen Großstädten aufgrund des Wohnungsmangels Notschlafeinrichtungen eröffnet. Auch viele Beratungsstellen haben inzwischen niedrigschwellige Hilfen in ihr Angebot integriert. In Regionen, in denen die medizinische Versorgung von Drogenabhängigen durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser nicht sichergestellt ist, werden im Umfeld von Kontaktläden auch kleinere ärztliche Behandlungen durchgeführt. Andernorts wird an entsprechende Institutionen der medizinischen Basisversorgung (niedergelassene Hausärzte und Allgemeinkrankenhäuser) vermittelt. Die genannten Einrichtungen gewährleisten praktische Unterstützung, Rückzug vom oft belastenden Leben auf der Szene und einen kontinuierlichen Kontakt und Zugang zum Hilfesystem. Wissenschaftliche Untersuchungen zu den Effekten niedrigschwelliger Hilfen liegen derzeit bedauerlicherweise nicht vor.

Zur medizinischen Versorgung und Schadensminimierung gehört bei Opiatabhängigen auch die Substitution mit Methadon. In Frankfurt/Main, Hamburg und Hannover werden zudem seit einigen Jahren sogenannte ‚Konsumräume‘ betrieben, in denen es Abhängigen ermöglicht wird, ihre Drogen unter hygienischen Bedingungen zu konsumieren. Vorliegende Erfahrungen mit diesen Konsumräumen zeigen, dass derartige Einrichtungen positive Effekte für die Gesundheit ihrer Nutzer erzielen (vgl. Kemmesies 1995). Neue bzw. adaptierte schadensmindernde Ansätze wie Drug-Checking, Safer-use-Information, Info-Cards oder Peer-Education wurden und werden in bezug auf Ecstasy-Konsumenten diskutiert, entwickelt und umgesetzt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000; Büro für Suchtprävention Hamburg 1998; Neumeyer, Schmidt-Semisch 1997). Ein weiterer innovativer Ansatz ist die Infektionsprophylaxe im Strafvollzug (Meyenberg et al. 1999).

Während das Angebot niedrigschwelliger Hilfen für Opiatabhängige als gut ausgebaut bezeichnet werden kann, bestehen hier hinsichtlich Alkoholabhängiger noch große Defizite. Diesbezüglich deckt bislang die Wohnungslosenhilfe einen großen Teil des Bedarfs (vgl. Notlagenkommission 1998) durch Vorhalten von vielfältigen Überlebenshilfen und niedrigschwelligen Beratungsangeboten. Handlungsbedarf besteht v.a. hinsichtlich jener Alkoholabhängigen, die den Zugang zu den Standardangeboten der Suchtkrankenhilfe (Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Fachkliniken) nicht oder nicht mehr finden. Nur ein kleiner Teil der Alkoholabhängigen steht mit diesen Einrichtungen überhaupt in Kontakt (Wienberg 1994), während der weitaus größere Teil bei den Institutionen der medizinischen und psychosozialen Basisversorgung verbleibt. Dort aber fehlt häufig abhängigkeitspezifische Handlungskompetenz.

Auch für Menschen mit chronischer Alkoholabhängigkeit, die bereits von massiven medizinischen, psychischen oder sozialen Folgeschäden gekennzeichnet sind („Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke“ /vgl. Arbeitsgruppe CMA 1999) bestehen derzeit nur vereinzelt die erforderlichen niedrigschwelligen, nicht an eine Abstinenzmotivation gebundenen Unterstützungsangebote (z.B. aufsuchende Formen sozialer Arbeit /Holz 1998). Darüber hinaus werden in diesem Zusammenhang dauerhafte Lebens- und Arbeitsmöglichkeiten benötigt. Die adäquate Versorgung der CMA-Zielgruppe ist auch eine kommunale, gemeindepsychiatrische Aufgabe. Sie kann nur im Verbund verschiedener Einrichtungen gesichert werden (vgl. Engler, Schlanstedt 1998).

Generell ist die Kooperation der Suchtkrankenhilfe mit angrenzenden Hilfesystemen (medizinisch, psychiatrisch, psychosozial etc.) von großer Bedeutung. So haben etwa die medizinische Basisversorgung, die Wohnungslosenhilfe, der Allgemeine Soziale Dienst und der Sozialpsychiatrische Dienst kontinuierlichen Kontakt zu Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken (Genin 1992). Die Koordination der spezifischen Kompetenzen dieser Versorgungsbereiche mit denen der Suchtkrankenhilfe ist geeignet, effektive Hilfe mit effizienter Mittelnutzung zu verbinden.

2.2.3 Ausstiegshilfen und Therapie

Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote richten sich an Abhängige, die motiviert sind, ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung zu überwinden. Diese Hilfen umfassen traditionell die Angebote von ambulanten Beratungsstellen, stationären Entgiftungsbehandlungen sowie ambulanten, teilstationären und stationären Entwöhnungsbehandlungen. In der jüngeren Vergangenheit ergänzend entwickelte Angebote sind u.a. die ambulante Entgiftung und medikamentengestützte Rehabilitation. Integrationshilfen, die der Überwindung psychosozialer Folgen der Abhängigkeit dienen sollen, werden heute als wesentlicher Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung betrachtet.

Zielen niedrigschwellige Angebote auf die kurzfristige Minimierung der mit dem Substanzkonsum verbundenen gesundheitlichen und psychosozialen Probleme und Schädigungen, so richten sich Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote an Abhängige, bei denen eine Motivation entwickelt werden kann, die Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung zu überwinden. Während diese therapeutischen Angebote inzwischen von einer großen Anzahl Menschen, die von Alkohol oder Opiaten abhängig sind, genutzt werden, fehlen vergleichsweise weit verbreitete und nachgefragte Programme bei Nikotin- (vgl. Batra 1996), Medikamenten- (Glaeske 1995) und Kokainabhängigkeit.

Die Therapie wird in der Regel in vier grundlegende Hilfebereiche unterteilt: (1) Kontakt, (2) Entgiftung oder Entzug, (3) Entwöhnung sowie (4) Weiterbehandlung und Nachsorge (Feuerlein, Kufner, Soyka 1998, 251). Diese Phasen sind jeweils als Bestandteil eines integrativen und auf den individuellen Hilfebedarf abgestimmten Prozesses zu verstehen und nicht als lineare Abfolge.

Kontakt

Zu Beginn einer Rehabilitationsbehandlung erfolgt zumeist eine intensive Beratung in einer Suchtberatungsstelle, einer Drogenberatungsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die ambulante Beratung anbietet. Dieser Beratungsprozess umfasst eine medizinische, psychische und soziale Diagnostik und Anamnese (Fett 1992), den Versuch, zu einer gemeinsamen Einschätzung der persönlichen Situation zu kommen, und darauf aufbauend die Entwicklung eines individuellen Hilfeplans. In die Hilfeplanerstellung sind potenziell alle geeigneten Angebote regionaler Basis- und Spezialdienste mit dem Ziel einzubeziehen, einem Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken die jeweils individuell am besten geeigneten Maßnahmen zu erschließen. Die Hilfepläne sind dabei in bestimmten zeitlichen Abständen hinsichtlich des Behandlungserfolgs zu evaluieren und gegebenenfalls in Interaktion mit den Klienten aktuellen Entwicklungen und Erkenntnissen anzupassen. Auch bedingt durch die große Komplexität der Hilfesysteme in Deutschland gewinnen in diesem Zusammenhang Methoden des Case-Management zunehmende Beachtung (Wendt 1995; Wendt 1997). So

erprobt seit 1995 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Bundesmodellprogramm Case-Management als neuen Hilfeansatz in der Suchtkrankenhilfe (Oliva et al. 1999).

Die Kontaktphase schließt Versuche ein, „die vorhandenen motivierenden kognitiven und emotionalen Faktoren“ zu verstärken und gleichzeitig „motivationshemmende“ Einflüsse zurückzudrängen (Feuerlein, Kufner, Soyka 1998, 252). Dies kann im Rahmen einer motivierenden Gesprächsführung, einer Kurzzeittherapie oder als eigenständige Motivationsbehandlung geschehen (Miller, Rollnick 1991 und 1999). Unter ‚Motivation‘ wird in diesem Zusammenhang kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Prozess verstanden, in dessen Verlauf sich verschiedene Motivationsstadien abwechseln. Dieser Prozess ist grundsätzlich beeinflussbar (Prochaska, DiClemente 1984).

Entgiftung oder Entzug

Der für die Entzugsbehandlung fachlich zunehmend präferierte „qualifizierte Entzug“ (Cording, Fleischmann, Klein 1995; Mann et al. 1995; Mann, Kapp 1997; Kalke, Raschke 1999) findet überwiegend in spezialisierten Entzugsabteilungen Psychiatrischer oder Allgemeinkrankenhäuser statt. Hierbei bearbeiten multiprofessionelle Teams die verschiedenen Aspekte der Abhängigkeit schon während der Entzugsphase. Bestandteil dieser intensiven medizinischen, psychosozialen und therapeutischen Begleitung sind auch gruppentherapeutische Informations- und Motivationseinheiten. Damit wird die Motivationsarbeit der Kontaktphase auch während der Entgiftung fortgesetzt. Zum qualifizierten Entzug gehören darüber hinaus eine umfassende Diagnostik und die entsprechende Feststellung und Planung des weiteren Therapiebedarfs. In diesem Zusammenhang gebührt Begleiterkrankungen und deren medikamentösen sowie sozialtherapeutischen Erfordernissen entscheidende Bedeutung. Die Dauer dieser Phase kann angesichts der komplexen Interventionen je nach Einzelfall die früher üblichen zwei Wochen deutlich überschreiten. Demhingegen ist ein Unterschreiten der zweiwöchigen Dauer im Regelfall einer qualifizierten Entgiftung kaum denkbar.⁹

Während Abhängige noch vor einigen Jahren als die „ungeliebten Kinder der Psychiatrie“ (Schwoon, Krausz 1990) bezeichnet wurden, hat der psychiatrische Versorgungsbereich inzwischen ein neues Interesse an der Behandlung von Menschen mit Substanzproblemen gefunden. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in einer Vielzahl entsprechender Publikationen (Behrend, Degkwitz, Trüg 1995; Krausz, Müller-Thomsen 1994; Schwoon, Krausz 1994). Die Qualität der Entzugsbehandlung konnte in den letzten Jahren deutlich gesteigert werden; einzelne Entzugseinrichtungen haben ihr Behandlungsprogramm inzwischen zu Kurzzeittherapien modifiziert (Görgen et al. 1996).

⁹ In einer Stellungnahme bezeichnet auch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte „den qualifizierten Entzug als die einzig sinnvolle Form einer Entzugsbehandlung“ und bedauert, „dass dieser Forderung nur zögerlich nachgekommen wird. Solche strukturellen Defizite haben Auswirkungen auf die gesamte Behandlungskette und somit auf das Suchtkrankenhilfesystem“. (aus einer schriftl. Mitteilung der BfA vom 23.5.2000)

Neben der qualifizierten stationären Entgiftung wurden innovative Modelle der professionell betreuten ambulanten und teilstationären Entgiftung entwickelt (Wittfoot 1997; Schmidt et al. 1999). In vielen Ländern außerhalb Deutschlands entspricht die ambulante Entgiftung der Regel, und auch in Deutschland werden vermutlich die meisten Entzüge, bei denen nicht mit größeren Entzugserscheinungen zu rechnen ist, ambulant durchgeführt. Der größte Teil stationärer Alkoholentzüge wird, so ist zudem zu vermuten, nach wie vor anlässlich der Behandlung anderer Erkrankungen – meist Alkoholfolgeerkrankungen – in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, die nicht auf Entgiftungen spezialisiert sind.

Entwöhnung

In der Entwöhnungsphase soll die durch die Entgiftung erreichte temporäre Abstinenz stabilisiert und die Abhängigkeit langfristig beendet werden. Entwöhnungen können ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. Die Dauer der Entwöhnungsbehandlung variiert zwischen wenigen Wochen bei Kurzzeittherapien und mehr als sechs Monaten bei Langzeittherapien.

Stationäre Entwöhnungsbehandlungen werden in der Regel in Fachkliniken, Therapeutischen Gemeinschaften und in spezialisierten Abteilungen Psychiatrischer Krankenhäuser durchgeführt. Therapeutische Gemeinschaften stehen allerdings nur zur Behandlung von Menschen mit illegalem Drogenkonsum zur Verfügung. Besondere stationäre Angebote bestehen etwa für Frauen, für Eltern mit Kindern (Arnold, Steier 1997), für Minderjährige oder für abhängige Migranten. Die Einrichtungen unterscheiden sich in bezug auf Behandlungsdauer, Behandlungsleitbild, Behandlungsmethoden sowie nicht zuletzt die Qualifikation des therapeutischen Personals. Im Mittelpunkt der stationären Entwöhnung stehen Einzeltherapie, Gruppentherapie, Arbeitstherapie, Sport und andere Behandlungsarten.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung zählt in Deutschland überwiegend zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 9 und 15 SGB VI.¹⁰ Damit tritt für die Mehrzahl der diesbezüglichen Leistungsempfänger im sozialrechtlichen Sinn als Behandlungsziel die Aufgabe in den Vordergrund, den Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken. Dies erweist sich im Hinblick auf solche Zielgruppen (wie die chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen) als problematisch, die kurz- und mittelfristig kaum Chancen der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben aufweisen. „Chronisch“ bedeutet dabei nicht etwa ‚unheilbar‘ krank, sondern bezeichnet verfestigte, jedoch veränderbare Krankheitsbilder. Entsprechende Behandlungseinrichtungen (z.B. sozialtherapeutisch orientierte Wohngruppen, Soziotherapeutische Heime) wurden jedoch bislang in

¹⁰ Zum Gesamtgefüge der diesbezüglichen sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1996.

den einzelnen Bundesländern in sehr unterschiedlichem Ausmaß und insgesamt kaum ausreichend eingerichtet.

Grundsätzlich weist die stationäre Entwöhnung einen wesentlich anderen Charakter als ambulante Entwöhnung auf: Die Patientinnen und Patienten verlassen für befristete Zeit ein i.d.R. belastendes Umfeld und eine belastende Lebenssituation. In der nur stationären Aufenthalt eigenen therapeutischen Atmosphäre sind spezifische Veränderungsprozesse möglich. Das gemeinsame Leben mit den Mitpatienten und Therapeuten bietet zudem die Möglichkeit, neue Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen Beziehungen einzuüben. Zugleich jedoch können die unnatürlichen Umfeldbedingungen sowie eine größere Hemmschwelle zum Therapieantritt sowie die von Einzelnen als Belastung empfundene ständige Nähe zu anderen (Feuerlein, Kufner, Soyka 1998, 310f.) einer stationären Entwöhnung entgegenstehen.

Ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden in verschiedenen Formen angeboten. In der Vergangenheit waren fließende Grenzen zwischen lang andauernden, intensiven Beratungsprozessen durch therapeutisch ausgebildete Fachkräfte in Suchtberatungsstellen und im engeren Sinne ambulanten therapeutischen Behandlungen zu beobachten. Seit Inkrafttreten der „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht“ (EVARS) bestehen eine einzelfallbezogene Finanzierungsgrundlage sowie ein standardisiertes Verfahren zur Beantragung und Durchführung ambulanter Therapien. Als Folge der EVARS ist eine deutliche Steigerung der Zahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen zu beobachten. Generell findet der größte Teil ambulanter Therapien im Bereich der Alkoholabhängigkeiten statt. Die ambulante Entwöhnungsbehandlung für Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen entwickelt sich deutlich langsamer, erweist sich jedoch als durchaus erfolgreich (Raschke, Vertheim, Kalke 1996a).

Medikamente werden heute - neben der Bekämpfung von Entzugssymptomen während der Entgiftungsbehandlung und der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen von Abhängigen mit Komorbidität - vor allem in zwei Bereichen angewandt (zur Übersicht s. Krausz, Peter, Naber 1998). Die *Methadonsubstitution* bei Opiatabhängigen hat sich in den zehn Jahren seit ihrer Einführung zu einer Standardbehandlung entwickelt, die quantitativ inzwischen eine größere Bedeutung als die stationäre Abstinenztherapie besitzt (Bühringer, Künzel, Spies 1995; zur Methadonsubstitution im Rahmen der medizinischen Rehabilitation vgl. Kufner, Vogt, Weiler 1999). Generell besteht in Deutschland ein fachlicher Konsens darüber, gemäß dem multifaktoriellen Verständnis von Drogenabhängigkeit die Verschreibung von Methadon als nur ein Element eines fachgerechten Behandlungskonzeptes zu begreifen, mit dem vor allem eine intensive psychosoziale Begleitung einherzugehen hat. (Dies gilt ebenso für die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger. Auch bei der ärztlichen Verschreibung von Heroin ist der multiprofessionelle Behandlungsansatz der Suchtkrankenhilfe umzusetzen und die Vergabe der Originalsubstanz nur als ein Element eines umfassenderen Behandlungssettings vorzunehmen.) In der Ausgestaltung einer in diesem Sinn umfassenden Methadonsubstitution bestehen zur Zeit jedoch bedeutende regionale Unterschiede in Deutschland, die ein vergleichendes Programm zur Qualitätssteigerung mehr als nahe legen.

Der zweite Aufgabenbereich, in dem verstärkt Pharmakotherapie in der Behandlung von Menschen mit Substanzproblemen eingesetzt wird, ist die Abstinenzsicherung bei Alkoholabhängigen durch *Verschreibung sog. ‚Anti-Craving-Substanzen‘*. Zielgruppe für deren Einsatz sind vor allem hochmotivierte Abhängige, deren Abstinenzbemühungen trotz psychotherapeutisch-psychosozialer Begleitung scheiterten (Mann, Mundle 1996; Soyka 1997).

Die Festlegung der individuell optimalen Therapieform sowie jede diesbezügliche Erfolgsprognose sind mit Unwägbarkeiten behaftet (zu Indikationskriterien bzw. Therapieevaluation siehe Kufner 1997 sowie Feuerlein, Kufner, Soyka 1998). Als grundsätzliche Kriterien für stationäre Behandlung werden genannt: lange Dauer der Abhängigkeit, schwere körperliche, psychische oder soziale Folgeschäden, prämorbidie Persönlichkeitsstörungen und wiederholte Suizidversuche. Hingegen sprechen folgende Merkmale eher für eine ambulante Behandlung: erstmalige Behandlung wegen einer substanzbezogenen Störung, hohe soziale Kompetenz, soziale Einbettung, hohe Motivation und eine eher zwanghafte Persönlichkeit.

Weiterbehandlung und Nachsorge

Unabhängig von der Art der Entwöhnungsbehandlung besteht fachlicher Konsens darüber, dass eine langfristige Aufrechterhaltung der Abstinenz und eine erfolgreiche Rehabilitation im Sinne einer Reintegration in gesellschaftlich bedeutsame Strukturen neben der Entwöhnungsbehandlung ergänzende Unterstützung voraussetzt. In der zeitlichen Abfolge des Behandlungsprozesses werden diese ergänzenden Integrationshilfen sowohl im Anschluss an die stationäre Entwöhnung im Rahmen der Nachsorge, vor allem aber parallel zur ambulanten wie auch stationären Therapie angeboten. Teilweise bestehen fachliche Überschneidungen dieser Integrationshilfen mit der sozialrechtlich als Teil der medizinischen Rehabilitation betrachteten Adaption, die einer frühzeitigen beruflichen und sozialen Wiedereingliederung dienen soll.

Zentrale Elemente der Integrationshilfen sind Dienste, die Zugang zu elementaren gesellschaftlichen Bereichen (wieder)verschaffen sollen. Dies betrifft in erster Linie die Versorgung mit Wohnraum und zumindest die wirtschaftliche Absicherung im Rahmen der Leistungen des BSHG, sofern keine weiterführenden Ressourcen vorhanden sind. In einem nächsten Schritt kommt der beruflichen Integration eine immense Bedeutung zu. Arbeitslosigkeit ist eines der gravierendsten Probleme hinsichtlich der Reintegration Alkohol- und Drogenabhängiger (Henkel 1998). So wurde z.B. bei Menschen mit Alkoholproblemen in Allgemeinkrankenhäusern eine Arbeitslosenquote von 45% und bei Opiatabhängigen von über 80% festgestellt (Arnold, Schmid, Simmedinger 1999). Zudem liegen bei langandauernden Abhängigkeitserkrankungen die letzten Erfahrungen auf dem Arbeitsmarkt oft weit zurück und es sind nur noch wenige verwertbare Qualifikationen vorhanden. Die sich hier abzeichnende Aufgabe ist vor dem Hintergrund kontinuierlicher Massenarbeitslosigkeit nicht von den Leistungs- und Kostenträgern der Suchtkrankenhilfe allein zu bewältigen. Vielmehr verlangt sie nach politischen und ökonomischen Entscheidungen auf Bundesebene, die in Kooperati-

onen der Suchtkrankenhilfe mit den Rehabilitationsträgern, den Arbeitsämtern und den zur Arbeitsvermittlung qualifizierten Diensten sowie mit den Sozialhilfeträgern umgesetzt werden müssten.

Auch Überschuldungen, die viele Menschen zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt ihrer Abhängigkeitserkrankung aufweisen, stellen oftmals ein (Re-)Integrationshemmnis dar. So kann die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit dadurch behindert werden, dass Lohnpfändung droht. Die Stiftung Integrationshilfe für ehemals Drogenabhängige e.V. – Marianne von Weizsäcker Fonds – unterstützt (ehemalige) Abhängige mit einem Entschuldungsfonds. Mit der Einführung des neuen Insolvenzrechts bieten sich neue Möglichkeiten der Entschuldung, die von der Suchtkrankenhilfe genutzt werden sollten.

Andere Formen der Integrationshilfen beziehen sich auf rechtliche Probleme, die aus Ereignissen aus der Zeit der 'Suchtkarriere' resultieren. Letztlich zielen Integrationshilfen darauf, insbesondere die sozialen Folgen des Substanzkonsums, die den Therapieverlauf oder die anschließende Reintegration behindern, mit professioneller Hilfe zu bewältigen. Hierzu müssen vor allem auch die sozialen Basishilfesysteme erschlossen werden.

Erschreckend hoch ist das Ausmaß der Vereinzelung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen. Oft unterhalten Abhängige allenfalls noch soziale Kontakte zu anderen Abhängigen. Mit der Überwindung der eigenen Abhängigkeit brechen dann auch diese Kontakte ab. Bislang gelingt es – zumindest bezüglich Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit – den Selbsthilfegruppen am besten, in dieser Phase ein stabilisierendes Angebot zu unterbreiten. Für die professionellen Dienste der Suchtkrankenhilfe bleibt es eine Zukunftsaufgabe, Konzepte (mit) zu entwickeln und umzusetzen, die Menschen mit substanzbezogenen Störungen aus ihrer Isolation und Vereinzelung helfen.

3 Grundlagen, Qualität und Rahmenbedingungen

3.1 Qualifikation der Fachkräfte

Für die Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe wird die Qualifizierung ihrer Fachkräfte von entscheidender Bedeutung sein. Hierbei sind die Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes zu berücksichtigen. Substanzbezogene Störungen und Risiken sowie deren Folgen sollten zudem zu einem Schwerpunkt der medizinischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Ausbildungen werden.

Dem breiten Spektrum substanzbezogener Störungen und Risiken entsprechend, zählen zu einer qualifizierten Leistungserbringung auch diagnostische Kompetenzen. Ferner ist die Kompetenz zur Erstellung von Hilfeplänen erforderlich. Hierzu zählen auch die Kompetenzen zur Evaluation der Hilfeplanung und der Behandlungsergebnisse. Die Bereitschaft und die Fähigkeit zur auch einrichtungsübergreifenden, interdisziplinären Arbeit im Team ist unerlässliche Voraussetzung der klientenzentrierten Arbeit in der Suchtkrankenhilfe.

Um das breite Spektrum erforderlicher Interventionsformen anbieten und weiterentwickeln zu können, bedarf es entsprechend qualifizierter Fachkräfte in der Suchtkrankenhilfe. Deren mehr als einhundert Jahre andauernder Professionalisierungsprozess war stets begleitet von der Entwicklung und Ausdifferenzierung suchtspezifischer Qualifikationen (Helas 1997). Auch zukünftig wird für die Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe die kontinuierliche Qualifizierung ihrer Fachkräfte von entscheidender Bedeutung sein.

Dabei ist festzustellen, dass gegenwärtig keine der beruflichen Ausbildungen in den Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Pädagogik, Psychologie oder Medizin - ungeachtet der evtl. Berücksichtigung entsprechender Inhalte - einen formalisierten Ausbildungsgang oder Ausbildungsschwerpunkt ‚Sucht‘ aufweist. In der Medizin wird zwar über den „Facharzt Sucht“ diskutiert, vorläufig jedoch wäre es bereits von Vorteil, wenn zumindest grundlegende ‚sucht‘spezifische Inhalte in die vorklinische Ausbildung integriert werden könnten¹¹.

Die Suchtkrankenhilfe erbringt personenbezogene Dienstleistungen, die sich dadurch auszeichnen, dass der Leistungsprozess nur dann erfolgreich verläuft, wenn es gelingt, die Adressaten der Dienstleistung zu Akzeptanz und Mitwirkung zu bewegen (Reis 1997). So stellt der Umgang mit Menschen, die substanzbezogene Störungen aufweisen, hohe Anforderungen an die *personalen Kompetenzen* der Fachkräfte. Erfolgreiches Arbeiten setzt hier voraus, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten nach Problemlösungsperspektiven zu suchen. Der Erfolg des Leistungsprozesses wird demnach ganz erheblich durch die Interaktionen zwischen ‚Leistungsanbietern‘ – den Fachkräften der Suchtkrankenhilfe – und ‚Kunden‘ – den Klientinnen und Klienten – beeinflusst. Dem stehen oftmals die Symptome der sub-

¹¹ Die Bundesärztekammer hat am 11.09.1998 die Einführung einer Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ als Weiterbildungsmaßnahme beschlossen. Diese Fachkunde soll nach den „Richtlinien zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 07.12.1998 Voraussetzung für die fachliche Befähigung des substituierenden Arztes sein.

stanzbezogenen Störungen und die Auswirkungen einer langandauernden Abhängigkeitserkrankung entgegen. Vor diesem Hintergrund müssen die Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe in ganz besonderem Maß in der Lage sein, ihren Klientinnen und Klienten mit Empathie und Akzeptanz zu begegnen und zugleich definierbare Grenzziehungen vorzunehmen und einzuhalten. Ein Arbeitsbündnis ist Bestandteil dieses Interaktions- und Verständigungsprozesses, wobei es Aufgabe der Fachkraft ist, das Verhältnis von Nähe und Distanz in diesem Prozess - auch mit Hilfe kollegialer Fallberatung und Supervision - angemessen auszubalancieren und für die unabdingbare professionelle Abgrenzung Sorge zu tragen.

Neben personalen Kompetenzen sind fachlich-inhaltliche Qualifikationsanforderungen der Fachkräfte zu beschreiben. Das ausdifferenzierte Hilfesystem erfordert dabei auch differenzierte Kompetenzen. So stehen in der stationären Entwöhnungsbehandlung andere Kompetenzen im Vordergrund als in der sozialtherapeutischen Behandlung und Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger oder etwa in der Aufsuchenden Arbeit.

Alle psychosozialen und medizinischen Fachkräfte auch außerhalb der im engeren Sinne therapeutischen Settings sollten über qualifizierte Beratungsfähigkeiten verfügen, die spezifische inhaltliche und methodische Aspekte einschließen. Dem breiten Spektrum substanzspezifischer Probleme und Erkrankungsursachen entsprechend zählen hierzu auch diagnostische Kompetenzen. Gemäß dem multiprofessionellen Ansatz der Suchtkrankenhilfe umfasst dies eine medizinische, eine psychische und eine soziale Diagnostik. Ebenso ist die Fähigkeit zur Erstellung von Hilfeplänen erforderlich. Hierzu zählt neben besonderen Kenntnissen der Versorgungsstrukturen auch die Kompetenz zur Evaluation der Hilfeplanung und der Therapieergebnisse. Die Bereitschaft und die Fähigkeit zum interdisziplinären Arbeiten sind unerlässliche Voraussetzungen für die Arbeit in der klientenbezogenen Suchtkrankenhilfe. Diese hat bislang zur Entwicklung einer multidimensionalen Diagnostik, Hilfeplanung und Evaluation wichtige Beiträge geleistet. Dennoch besteht hier weiterer Optimierungsbedarf.

Verschiedene Entwicklungen zeigen die Tendenz zur verbindlichen Definition suchttherapeutisch relevanter Ausbildungen. Gemäß der „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht“ stellt die Mitarbeiterqualifikation in bestimmten therapeutischen Verfahren eine Voraussetzung für die Anerkennung der jeweiligen Einrichtung dar. Auch die Verhandlungen zu einer Neufassung der Empfehlungsvereinbarung Sucht werden Standards hinsichtlich der Mitarbeiterqualifikation festschreiben.

Diese Tendenz ist zu begrüßen, bietet sie doch Leistungsempfänger wie Kostenträger grundlegende Sicherheit hinsichtlich vorhandener Qualifikationen und, mittelbar, damit auch der angebotenen Leistungen. Es wird eine vordringliche Aufgabe der Suchtkrankenhilfe werden müssen, in diesen Prozess der Entwicklung von Qualitätsstandards die eigenen Handlungsansätze und Erfahrungen einzubringen, gegebenenfalls auch eigene Standards für die Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu erarbeiten. Die Notwendigkeit eines differenzierten Qualifikationsspektrums gilt indes nicht nur für die im engeren Sinn mit den Klientinnen und Klienten befassten Berufsgruppen, sondern ebenso etwa für eine

moderne, EDV-gestützte Verwaltung und nicht zuletzt für die Leitung der einzelnen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Insbesondere die Leitung sozialer Institutionen unterlag in der jüngeren Vergangenheit einem deutlichen Professionalisierungsschub, der sich in zahlreichen Aus- und Fortbildungsangeboten widerspiegelt und zu einem veränderten Qualifikationsprofil auch für Leitungskräfte in der Suchtkrankenhilfe geführt hat. Diese Entwicklung ist noch nicht zum Abschluss gekommen. Sie wird fraglos zu einer weiteren Betonung sämtlicher Managementqualifikationen führen.

Angesichts der erheblichen Entwicklungsdynamik in den Berufs- und Forschungsfeldern der Suchtkrankenhilfe ist für sämtliche betroffenen Professionen die Entwicklung praxisbezogener Ausbildungsgänge und revisionsfähiger Curricula sowie deren kontinuierliche Überprüfung von besonderer Bedeutung.

3.2 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Es ist das Ziel der Qualitätssicherung als Teil umfassenden Qualitätsmanagements, den Adressaten der Suchtkrankenhilfe bedarfsgerechte Angebote auf einem hohen Qualitätsniveau zugänglich zu machen. Qualitätssicherung dient dabei zugleich dem Nachweis der Effektivität wie auch der Effizienz erbrachter Leistungen. Angemessene Strukturen und ein abgestimmtes Zusammenspiel regelgeleiteter und zielgerichteter Prozesse sind wesentliche Bedingungen hoher Ergebnisqualität. Ziel eines umfassenden Qualitätsmanagements ist es, einen Prozess kontinuierlicher Verbesserungen zu initiieren. Die Umsetzung des Qualitätsgedankens liegt in der Verantwortung von Leitungskräften. Qualitätssicherung ist in den verschiedenen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bislang sehr unterschiedlich entwickelt. Um deren allgemeine Praxis und Akzeptanz zu befördern, ist die Entwicklung von Handreichungen und Richtlinien durch die Fachverbände geraten. Neben der Qualitätssicherung in den einzelnen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bedarf es einer Qualitätssicherung und -entwicklung des Versorgungssystems unter Berücksichtigung der Bedarfe.

Das Bemühen, medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen auf möglichst hohem Qualitätsniveau zu erbringen, hat in der Suchtkrankenhilfe eine lange Tradition. Hierzu dienten beispielsweise Modellprogramme des Bundes sowie die Einführung von Dokumentationssystemen zur Qualitätsverbesserung (vgl. Bühringer 1997b). So haben nicht zuletzt die Standardvorgaben der „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1978 die Qualitätsdiskussion in der Suchtkrankenhilfe nachhaltig befördert. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung hat sich die Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nachhaltig qualitätssteigernd ausgewirkt. Auch die Neufassung der §§ 93ff BSHG erfordert im Rahmen von Leistungsvereinbarungen weitere Festschreibungen zur Ermittlung und Überprüfung der Qualität erbrachter Leistungen. Vor dem Hintergrund knapper öffentlich verfügbarer Ressourcen gewinnt die Frage nach Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) der Interventionen in der Suchtkrankenhilfe zunehmend an Bedeutung. Unter Bezug auf Donabedian (1982) wird Qualität in den Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität erfasst, die in einem funktionalen Zusammenhang stehen. Strukturqualität wird als eine Bedingung gesehen, die Prozessqualität ermöglicht, welche wiederum zur Ergebnisqualität führt. Diese Systematik liegt auch dem Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherungsträger zugrunde (Schliehe 1998), das im Bereich der Rehabilitation in Erprobung und Anwendung ist.

Relevante Merkmale zur Beschreibung der *Strukturqualität* sind neben der sachlichen und personellen Ausstattung der Einrichtung, der Qualifikation und Weiterbildung der Fachkräfte, die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team sowie ihre einrichtungsübergreifende Vernetzung mit externen Kooperationspartnern. Zur Sicherung der Strukturqualität können Mindeststandards vereinbart werden, die den Differenzierungsgrad der beteiligten Einrichtungen berücksichtigen (Beutel et al. 1995).

Gesicherte Strukturqualität bildet die Voraussetzung der Durchführung und Gestaltung eines effektiven und effizienten Hilfeprozesses. *Prozessqualität* impliziert einen zielgerichteten und strukturierten Ablauf von Interventionen. In diesem Interaktionsprozess wirken die Arbeitsleistungen der Fachkräfte und die koproduktiven Leistungen der Hilfesuchenden zusammen (Donabedian 1992). Die Interventionen der Suchtkrankenhilfe sind systematisch beschreibbar. Diesbezüglich besteht jedoch weiterer Entwicklungsbedarf.

Ziel jedes Hilfeangebotes muss die Erbringung hoher *Ergebnisqualität* sein. Mit Bezug auf unterschiedliche Zielgruppen und entsprechende Anforderungsprofile müssen Leistungen beschrieben, Leistungsstandards ermittelt und Erfolgskriterien definiert werden. Auf der Basis differenzierter standardisierter Dokumentation der strukturellen Bedingungen sowie des zielgerichteten Ablaufs der Leistungserstellung kann die Einhaltung von Mindeststandards geprüft und können die Kosten pro Leistung ermittelt werden. Qualitätssicherung ist somit stets auch Qualitätsentwicklung und damit Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements. Dieses Qualitätsmanagement ist eine genuine Leitungsaufgabe: Die Umsetzung des Qualitätsgedankens in der Einrichtung ist zu gewährleisten, die entsprechenden Ressourcen sind bereitzustellen und die Mitarbeiter für eine Qualitätsorientierung zu motivieren. Das Prinzip der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung erfordert ein ausgeprägtes Qualitätsbewusstsein aller Fachkräfte, die im Rahmen von Qualitätszirkeln maßgeblich an der Erarbeitung von Qualitätssicherungsstrategien und ihrer Umsetzung zu beteiligen sind.

Die im Auftrag der DHS erstellte Leistungsbeschreibung für die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe (1999) enthält auch Parameter zur Beschreibung von Struktur- und Ergebnisqualität, die eine wichtige Handreichung zur Qualitätssicherung darstellen.

In Deutschland finden im wesentlichen zwei Qualitätssicherungssysteme Anwendung, die auch in der Suchtkrankenhilfe genutzt werden: ISO 9000 ff und das System der Selbstevaluation der European Foundation of Quality Management (EFQM) (vgl. Eike, Mühl 1998). Zwischenzeitlich sind erste Fachkliniken nach ISO 9000 ff zertifiziert (Beutel 1996). Vorwiegend im Bereich der Drogenhilfe wird das System der Selbstevaluation nach EFQM verwandt.

Maßnahmen der Qualitätssicherung sind in den verschiedenen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe unterschiedlich weit umgesetzt. In den stationären Einrichtungen, insbesondere den Entwöhnungseinrichtungen, ist systematische Qualitätssicherung weiter verbreitet, als unter ambulanten und teilstationären Einrichtungen. Zur breiten Förderung von Qualitätssicherung und hinsichtlich einer Ressourcenallokation wäre es sinnvoll, Materialien, Instrumente und Handreichungen auf der Ebene der Fachverbände zu entwickeln bzw. zusammenzuführen und ihre Umsetzung zu begleiten.

Die Qualität der Leistungen der Suchtkrankenhilfe setzt sich jedoch nicht allein aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Leistungssegmente oder einzelner Leistungsangebote zusammen, sondern muss sich am Gesamtversorgungsangebot und dessen Vernetzung messen lassen (Fleischmann et al. 1995). So bedeutet Strukturqualität in der Sucht-

krankenhilfe auch, dass ein breitgefächertes Hilfeangebot unterschiedlicher Einrichtungen vorgehalten wird (Beutel et al. 1995). Die Kooperation der Anbieter und Koordination der Einzelmaßnahmen, orientiert an der gemeinsamen Zielsetzung, ein bedarfsgerechtes Hilfeangebot zu unterbreiten, hilft dabei, Ineffizienzen zu vermeiden. Als entscheidende Zielvariable ist letztlich der Gesundheitszustand der Bevölkerung zu betrachten.

3.3 Forschung

Für Deutschland ist im internationalen Vergleich nach wie vor ein einschlägiger Forschungsrückstand zu konstatieren. In Folge verbesserter Forschungsförderung kann jedoch eine positive Entwicklung in der Suchtforschung festgestellt werden. Als Defizit ist die noch unzureichende Interdisziplinarität der Forschung zu benennen. Insbesondere besteht Bedarf an praxisbezogener Versorgungs- und Versorgungssystemforschung. Auch die wissenschaftliche Begründung einer ‚Evaluationskultur‘ könnte dazu beitragen, die Suchtkrankenhilfe inhaltlich weiterzuentwickeln und einen bedarfsgerechten Ressourceneinsatz zu fördern sowie den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis zu verbessern.

Im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan der Bundesregierung von 1990 wird die Forschungssituation zum Thema substanzbezogener Störungen und Risiken in Deutschland als defizitär beschrieben (Bundesminister für Gesundheit, Bundesminister des Innern 1992). Es bestand ein deutlicher Forschungsrückstand im internationalen Vergleich (vgl. John 1993; Bühringer 1991; Mann 1996). Zur Intensivierung entsprechender Forschungsaktivitäten wurde 1994 ein Förderschwerpunkt „Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit“ im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms des Bundesministeriums für Forschung und Technologie eingerichtet. Das Förderungsvolumen betrug ca. 37 Millionen DM. Innerhalb dieses Forschungsschwerpunktes werden 21 Forschungsvorhaben zu drei Themenschwerpunkten gefördert: Epidemiologie, Neurobiologie / Pharmakologie und Intervention (Mann 1996; Ladewig 1997).

Neben dieser Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziert die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) einige Studien, z.B. zur Verbreitung des Drogenkonsums im Jugendalter, sowie die Entwicklung von Materialien zur Prävention und Raucherentwöhnung in der ärztlichen Praxis (Mann 1996).

Ferner wird seit den 70er Jahren eine Reihe anwendungsorientierter Modelle, viele samt wissenschaftlicher Begleitung, vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, so z.B. in der Vergangenheit die Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychotroper Substanzen, die Auswertung der Dokumentationssysteme EBIS und SEDOS, das Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit und das Modell Suchthilfe im Krankenhaus (Mann 1996; Schreiber 1997). Weitere Forschungsvorhaben werden von der Europäischen Union, von den Bundesländern, von Trägern und von Stiftungen finanziell unterstützt. Erwähnenswert ist hier insbesondere die Rehabilitationsforschung als Teil einer Versorgungsforschung im Gesundheitssystem, die wesentlich durch die Rentenversicherung finanziert wird (Schliehe 1998).

Trotz weiterhin bestehender Forschungsdefizite (hierzu aus wissenschaftlicher Sicht: Bühringer 1991; Ladewig 1994; Rehm, Fischer 1997; aus Sicht der Suchtkrankenhilfe: FDR 1997) ist aufgrund der verbesserten Forschungsförderung eine positive Entwicklung der nationalen Suchtforschung zu verzeichnen (vgl. Mann 1996; Rehm, Fischer 1997; Übersicht hierzu in: Mann, Buchkremer 1995, Mann 1996 und Ladewig 1997). Auch weiterhin bedarf es jedoch

massiven finanziellen Engagements der öffentlichen Hand, um das seit Jahren bestehende Forschungsdefizit auszugleichen (vgl. Mann 1996; John 1993). Dies gilt insbesondere für das Gebiet der Versorgungs- bzw. Versorgungssystemforschung, das gerade im Vergleich zu den medizinisch und biologisch ausgerichteten Forschungsfeldern nicht ausreichend berücksichtigt wird (Ladewig 1997; Rehm, Fischer 1997; Schliehe 1998; Rush 1996). Und es gilt insbesondere auch für die sozialwissenschaftliche Forschung, welche den Drogengebrauch im gesellschaftlichen Kontext unter Berücksichtigung soziologischer, kriminologischer und ökonomischer Aspekte untersucht (vgl. Reuband 1993).

Auch die systematische Evaluation von Interventionsmethoden bedarf dringender Förderung. Die EBDD verweist in ihrem Jahresbericht 1997 auf die europaweit relativ geringe Zahl von Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Interventionen und Maßnahmen des Drogenhilfesystems (EBDD 1998). Grundsätzlich ist diese Feststellung jedoch auf die gesamte Suchtkrankenhilfe anzuwenden. So liegen, wie bereits erwähnt, Wirkungsstudien zum Bereich der niedrigschwelligen Hilfen nicht vor. Die EBDD regt an, im Sinne eines „Strebens nach wirksamen Lösungen“ (EBDD 1998, 67) eine Evaluationskultur zu schaffen. Neben der Erfolgsbewertung einzelner Interventionsformen würde diese Evaluationsforschung dazu beitragen, Qualifizierungsangebote sowie das Suchtkrankenhilfesystem insgesamt fortzuentwickeln und die zur Verfügung stehenden Ressourcen bedarfsgerechter einzusetzen. Um Vergleiche der Wirkungsweise und Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen und Hilfen zu ermöglichen, die sich zum Teil an sehr verschiedene Zielgruppen richten, ist es erforderlich, abgestimmte Forschungsmethoden und -instrumente einzusetzen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat in Zusammenarbeit mit dem Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen und der EBDD Handreichungen erarbeitet, die als eine Grundlage für vergleichende Evaluationsvorhaben in der Suchtkrankenhilfe genutzt werden sollten (WHO 1998).

Den im August 1999 veröffentlichten „Richtlinien über die Förderung der Forschungsverbände für Suchtforschung“ ist zu entnehmen, dass zukünftig in der Tat die Versorgungsforschung einen größeren Stellenwert in der Forschungsförderung einnehmen wird. So sollen „die Forschung stärker mit der Versorgung verbunden, der Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung verstärkt und langfristige Strukturen der Zusammenarbeit entwickelt werden“ (BMBF 1999). Diese unerlässliche sog. ‚Bedarfsplanung‘ (besser: Versorgungs- oder Strukturplanung) bedarf kontinuierlich sowohl differenzierter Daten zu Prävalenzen als auch zur Entwicklung der Versorgungsangebote. Beide Aspekte verlangen nach der Finanzierung von Regelanalyseinstrumenten, die auf vorhandene Erhebungsinstrumente (EBIS, Horizont etc.) aufbauen. Neben der überwiegend naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung besitzt also die eher sozialwissenschaftlich fundierte, anwendungsorientierte Forschung einen dauerhaften Stellenwert. Dabei beschränkt sich sozialwissenschaftliche Forschung nicht allein auf Fragen der Epidemiologie, sondern reicht darüber hinaus: sie bezieht sich ebenfalls auf Fragen der Erscheinungsformen, der Ätiologie und der Entwicklungsverläufe von Drogenkonsumenten sowie auf gesellschaftliche Werte und Normen, Kontrollinstanzen und Kontrollmechanismen (einschl. Polizei und Justiz) im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch sowie auf die Auswirkungen der Drogenpolitik auf das Drogenphänomen.

Anwendungsorientierte Forschung und Grundlagenforschung bilden dabei keinen Gegensatz, sondern sind als verschiedenartige, sich ergänzende Forschungsansätze für die Entwicklung der Suchtkrankenhilfe gleichermaßen von Bedeutung. Ob ihnen diese Bedeutung in der Praxis auch zukommt, ist vorrangig von der künftigen Entwicklung eines Diskurses von Wissenschaft und Praxis abhängig, den zu fördern in der Verantwortung beider Bereiche liegt.

3.4 Finanzierung

Die sozialrechtliche Anerkennung der Sucht als Krankheit schuf eine wesentliche finanzielle Grundlage für den Ausbau des Suchtkrankenhilfesystems. Mittlerweile bestehen sehr unterschiedliche Finanzierungsformen für die diversen Leistungsangebote. Es ist zu erwarten, dass künftig Pauschalzuwendungen tendenziell durch Vertragsvereinbarungen abgelöst werden, die auf Einzelleistungsvergütungen, Fallpauschalen und Eigenbeteiligungen der Adressaten beruhen.

Durch das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. Juni 1968 sind in Deutschland Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit als Krankheiten sozialrechtlich anerkannt. Dies bedeutet, dass Abhängigkeitserkrankten - im Versicherungsfall - nicht nur zur Behandlung der Folgeerscheinungen ihrer Erkrankung, sondern auch zur Behandlung ihrer Abhängigkeit selbst die Kostenübernahme der erforderlichen ambulanten und stationären Behandlung zusteht. Dieses Urteil hat wesentlich dazu beigetragen, dass einerseits Abhängigkeit nicht mehr mit dem Stigma des Selbstverschuldens ('Haltlosigkeit') verknüpft wird und andererseits große Teile der Suchtkrankenhilfe eine breite finanzielle Basis erhalten haben. Das Angebot der Suchtkrankenhilfe in Deutschland, insbesondere die Ausformung des stationären Versorgungsbereichs, wäre ohne diese sozialrechtlichen Voraussetzungen in der bestehenden Form nicht denkbar. Allerdings ist die Finanzierung der Suchtkrankenhilfe durch unterschiedliche Zuständigkeiten und Leistungsträger gekennzeichnet, vielfach auch belastet.

Der ambulante Beratungsbereich inklusive niedrigschwelliger Kontaktläden, Krisenzentren und aufsuchender Arbeit bedarf der Finanzierung durch Kreise, kreisfreie Städte und Länder. Rechtsgrundlagen für die Finanzierung der Suchtberatungsstellen ergeben sich in erster Linie aus dem BSHG. Allerdings bestehen keine spezialgesetzlichen Sonderregelungen für die Finanzierung der Suchtarbeit, so dass auf die allgemeinen Finanzierungsregelungen des BSHG zurückgegriffen werden muss.

Von großer Bedeutung ist im Bereich der Sozialhilfe die Finanzierung über institutionelle Zuwendung bzw. Subvention nach § 10 BSHG. Aus dessen Bestimmungen lässt sich jedoch kein Rechtsanspruch der Freien Träger auf Förderung ableiten, sondern die Förderung erfolgt im Rahmen der Ermessensausübung und ist somit abhängig von den sozialpolitischen Entscheidungen und der Haushaltslage der Sozialleistungsträger.

Zwingende Rechtsansprüche im Sinne eines subjektiven Rechtsanspruchs liegen dagegen bei den §§ 11, 17 BSHG, §§ 39, 40 BSHG und § 72 BSHG vor, d.h. dass bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen die entsprechenden Leistungen gegenüber den leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürgern zu erbringen sind. Allerdings sind die Voraussetzungen hier im Einzelfall zu prüfen, so dass sich nicht generell eine pauschale institutionelle Form der Zuwendung ableiten lässt. Diese erfolgt nur, wenn die Zielgruppe die Leistungsvoraussetzungen erfüllt (z.B. Finanzierung von niedrigschwelligen Kontaktläden nach § 72 BSHG).

In der Vergangenheit war eine Kostenübernahme durch Zuwendungen per Verwaltungsakt der wichtigste Finanzierungsweg für die ambulante Suchtkrankenhilfe. Zunehmende Bedeutung erlangen inzwischen Zuwendungsverträge. Inwieweit diese eine größere Planungssicherheit implizieren, bleibt abzuwarten. Ebenso ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar, welche Bedeutung die Leistungsvereinbarungen nach §§ 93 ff. BSHG für die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen erlangen werden (Frings 1999; Wittenius 1998; Glück 1997).

Hinsichtlich der Behandlung und Rehabilitation besteht zwar ein einheitliches sozialversicherungsrechtliches Verständnis von Sucht als Krankheit; aufgrund der bestehenden Struktur des Sozialversicherungssystems sind jedoch unterschiedliche Leistungsträger, hier: die gesetzliche Krankenversicherung¹² und die gesetzliche Rentenversicherung, zuständig. Die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst im wesentlichen Heilmaßnahmen und die Beseitigung der Krankheitsfolgen (§ 27 SGB V), die Zuständigkeit der Rentenversicherung besteht vorrangig für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (§ 9 SGB VI). Das BSG hat in seinem Urteil vom 15. Februar 1978 diesbezüglich ange-regt, durch eine prozentuale Aufteilung der Kosten für die Entwöhnungsbehandlung einen einheitlichen Leistungsträger zu schaffen und so einen Wechsel des Behandlungsträgers zu vermeiden (Krasney 1997). Die Leistungsträger sind diesem Vorschlag des BSG bislang nicht gefolgt, so dass für die Finanzierung der Rehabilitation nach wie vor keine Gesamtverantwortlichkeit besteht. (Vergleichbare Kostenträgerstrukturen finden sich hinsichtlich der meisten chronischen Erkrankungen.)

Zwangsläufig führt die Koexistenz mehrerer Kostenträger mit getrennten wie auch sich tw. überschneidenden Zuständigkeiten zu Schnittstellenproblemen. So unterliegt die Entgiftungsbehandlung der Zuständigkeit der Krankenversicherungen, die Entwöhnungsbehandlung und die Adaption hingegen jener der Rentenversicherungen. Die hierdurch in der Abfolge der Gesamtrehabilitation potenziell entstehenden Finanzierungsunsicherheiten könnten dadurch beseitigt werden, dass der jeweils aktive Kostenträger die weiteren erforderlichen Maßnahmen grundsätzlich soweit (auch als Vorleistung) zu finanzieren hat, wie kein anderer evtl. zuständiger Kostenträger in Leistung tritt.

Da die stationäre Entwöhnungsbehandlung für viele Jahre den dominierenden Versorgungsbereich der Suchtkrankenhilfe darstellte, kam den Rentenversicherungen ein großer Einfluss und eine strukturbildende Bedeutung zu. Die „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht“ (EVARS) ermöglichte auch ambulante Entwöhnungsmaßnahmen, die von den Rentenversicherungen finanziert werden.

Als kostenproblematisch erweist sich die Entwöhnung bezüglich Klientinnen und Klienten in soziotherapeutischen stationären Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhän-

¹² Die Privaten Krankenversicherungen vereinbaren meist bei Vertragsabschluss einen Leistungsausschluss bezügl. Abhängigkeitserkrankungen, so dass ihre Versicherten keinen Anspruch auf die Finanzierung entsprechender Maßnahmen besitzen.

gigekranke. Da hier nicht primär die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben angestrebt werden kann, besitzt der genannte Personenkreis keine Leistungsansprüche gegenüber den Rentenversicherungsträgern. Vielmehr liegt die Zuständigkeit der örtlichen bzw. überörtlichen Sozialhilfeträger vor. Dabei offenbart sich eine Diskrepanz zwischen den medizinisch-ethischen und sozialen Vorstellungen von Rehabilitation (Beseitigung oder Linderung von Beschwerden) und jenen der Rentenversicherung, die eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit fokussieren.

Mit Urteil vom 16. Juni 1994 hat das BSG den Kreis der im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zu erbringenden Leistungen sehr weit gezogen und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass „regelmäßig bei abhängigen Kranken die Störung der sozialen Beziehungen eine Erscheinungsform der Krankheit sei“ (Krasney 1997) und daher nicht nur ärztliche Tätigkeiten zu den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation gehörten. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, die Finanzierung der psychosozialen Leistungen, die etwa im Rahmen der Methadonsubstitution erbracht werden, zu regeln.¹³ Ferner müssen berufliche und medizinische Rehabilitation besser miteinander verzahnt und interdisziplinäre Arbeitsansätze in der Rehabilitation stärker entwickelt werden. Der ambulante Bereich der Suchtkrankenhilfe muss im Rahmen von Versorgungsverträgen auf eine gesichertere Grundlage gestellt werden.

Insbesondere angesichts der Finanzierungsprobleme von Frühinterventionen als sekundärpräventiver Maßnahmen wird deutlich, dass der sozialrechtliche Krankheitsbegriff und seine Anwendung behutsam weiterentwickelt werden müssen, um den erreichten fachlichen Standard der Suchtkrankenhilfe sichern sowie wissenschaftliche Erkenntnisse und wichtige gesundheitspolitische Maßnahmen umsetzen zu können.

Den Trägern der Suchtkrankenhilfe kommt die grundlegende Aufgabe zu, sich auf finanzielle Auswirkungen neuer, gesundheitspolitischer Entwicklungen rechtzeitig einzustellen und diese mit modernen Konzepten zu begleiten (Bühringer, Künzel 1999). So wird die größere Bedeutung von Sekundärprävention sowie medikamentöser Behandlungsformen gegenwärtige Finanzierungsströme teilweise umlenken. Die Bedeutung niedergelassener Arztpraxen etwa wird weiter zunehmen. Auch in der Folge des Psychotherapeutengesetzes könnten neue Anbieter am Markt erscheinen, der, im Prozess der europäischen Einigung, europäischen Trägern offen steht. Daneben ist absehbar, dass Pauschalzuwendungen zunehmend durch Einzelleistungssysteme bzw. Fallpauschalen ersetzt werden. Selbstzahlungen werden zunehmen – z.B. im Rahmen von Kursen für alkoholauffällige Kraftfahrer oder bei der Raucherentwöhnung. Die gesamte Suchtkrankenhilfe hat sich auf diesen Prozess individualisierter Finanzierungsformen vorzubereiten. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass neue Finan-

¹³ Die neben der ärztlichen Substitutionsbehandlung in den NUB-Richtlinien im Sinne einer fachgerechten Behandlung empfohlene psychosoziale Begleitung bei Methadonsubstitution wird gegenwärtig nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. In einigen Bundesländern bestehen spezielle Vergütungssysteme für die psychosoziale Begleitung, in anderen wiederum nicht.

zierungsmodi fachlichen Erfordernissen und Entwicklungen *per se* weder entgegenstehen, noch beide Aspekte gegeneinander positioniert werden sollten.

4 Resümee: Entwicklungsbedarfe und -perspektiven

In den vorausgegangenen Darstellungen zum Entwicklungsstand der Suchtkrankenhilfe in Deutschland zeigt sich einerseits ein quantitativ und qualitativ hoch entwickeltes und differenziert ausgebautes Hilfesystem. Dessen Bestandteile sind sowohl soziale, psychologische wie auch medizinische Hilfen und Interventionsformen. Deren Finanzierung ist im Grundsatz durch Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger, Länder und Kommunen gesichert.

Allerdings werden auch Entwicklungsbedarfe und -perspektiven sichtbar. Diese seien nachfolgend zusammengefasst:

- Der hohe Entwicklungsstand der Suchtkrankenhilfe berücksichtigt im wesentlichen die Bereiche der Entwöhnungsbehandlung im engeren Sinn sowie der tertiären Prävention. Abhängigen Menschen mit der Bereitschaft, die ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlungsangebote der Suchtkrankenhilfe wahrzunehmen, wird dort in aller Regel eine kompakte und hoch wirksame Therapie zuteil. Weniger berücksichtigt wurden in der Vergangenheit hingegen bevölkerungsbezogene Ansätze der Prävention. Sie verstehen auch den allgemeinen, gesellschaftlichen Gesundheitszustand und dessen Beeinträchtigungen durch substanzbezogene Störungen und Risiken als Interventionsbereich der Suchtkrankenhilfe und erfordern eine gesundheitspolitisch breitere Orientierung.
- Dies betrifft zunächst den Bereich der Sekundärprävention. Eine Kooperation von Suchtkrankenhilfe und medizinischen wie psychosozialen Basisversorgungssystemen (Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrische Krankenhäuser, Allgemeine Soziale Dienste, Sozialpsychiatrische Dienste u.a.) bietet die Chance, Menschen mit missbräuchlichem, riskantem oder schädlichem Konsum zu erreichen und mit vergleichsweise geringem Aufwand zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Damit würde die Suchtkrankenhilfe einen wesentlichen Beitrag zur individuellen wie auch gesellschaftlichen Risikominderung leisten.
- Die verstärkte Zusammenarbeit mit den Basisversorgungssystemen ist neben der Sekundärprävention selbstredend auch im Interesse einer Schadensminimierung für Menschen mit abhängigem Konsum sinnvoll. Das hochspezialisierte Behandlungsangebot der Suchtkrankenhilfe kann immer nur einen Teil der Menschen mit substanzbezogenen Störungen erreichen. Zur Erhöhung der Reichweite der Suchtkrankenhilfe müssen gemeinsam mit den Basisversorgungssystemen Kooperationsformen entwickelt werden, die eine möglichst breitenwirksame Schadensminderung gewährleisten. Multidisziplinäre Hilfen sollten dabei auch hilfesystemübergreifend erfolgen können. Zur einzelfallbezogenen Erschließung aller Ressourcen der Basisversorgungssysteme sowie der spezialisierten Hilfesysteme sollte dem Case-Management verstärkte Bedeutung zukommen.
- Die Zielgruppendifferenzierung der Suchtkrankenhilfe ging mit der Entwicklung von Parallelsystemen der Versorgung einher. Deren Angebotsstrukturen überschneiden sich teilweise, ohne dass zwischen ihnen eine entsprechende Vernetzung bestünde. Neue Hilfe-

formen wurden dem bestehenden System meist additiv angegliedert, so dass häufig nur geringe synergetische Effekte, v.a. durch Zusammenfassung fachlicher und personeller Ressourcen, erzielt werden konnten. So hat sich v.a. das Drogenhilfesystem in Deutschland aus dem sehr viel älteren System der Hilfen für Menschen mit Alkoholproblemen heraus als Speziahsystem entwickelt. Dabei wurde ein weitgehend paralleles Netz an Beratungs- und Behandlungseinrichtungen aufgebaut. Es sollte überprüft werden, wo sich die bestehende Trennung zwischen Alkohol- und Drogenhilfe unter fachlichen Aspekten und im Hinblick auf die Nutzung von Ressourcen bewährt hat und wo statt dessen die stärkere Vernetzung der Angebote bis hin zur Subsystemintegration unter dem Aspekt einer allgemeinen Suchtkrankenhilfe größere Effektivität und Effizienz verspricht.

- Zur Weiterentwicklung der in der Suchtkrankenhilfe erreichten fachlichen Standards bedarf es Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, die sämtliche Hilfeformen und Maßnahmeträger umfassen. Dokumentation und Evaluation sollten als selbstverständliche Instrumente der Qualitätssicherung angewandt werden, um die Wirksamkeit der verschiedenen Hilfeformen und Interventionen überprüfen, gegebenenfalls verbessern und darstellen zu können.
- Sich verändernde Konsumgewohnheiten in bezug auf psychotrope Substanzen führen auch zu veränderten substanzbezogenen Störungen und Risiken. So bestehen zur Zeit z.B. für junge Menschen mit starkem Ecstasykonsum oder mit polyvalenten Konsummustern nur vereinzelt entsprechende sekundär- oder tertiärpräventive Angebote. Das Hilfesystem muss solche Veränderungen kontinuierlich beobachten (*Early-Warning-System*) und seine Hilfe- und Interventionsformen den sich verändernden Bedarfen gegebenenfalls adaptieren, anstatt additiv zusätzliche Strukturen zu entwickeln.
- In diesem Sinne wird angeregt, die EBDD in Richtung auf eine Beobachtungsstelle für substanzbezogene Störungen und Risiken zu erweitern. Dies wäre für die Suchtkrankenhilfe in Deutschland wie auch den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union ein wichtiger Schritt, den gesundheitspolitischen Stellenwert der Angebote für Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken zu erhöhen, einen systematischen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und Forschungsaktivitäten zu bündeln.
- Die skizzierten Entwicklungsperspektiven verlangen nach innovativen Steuerungs- und Finanzierungsmodellen. Der sozialrechtlich relevante Krankheitsbegriff ist an wissenschaftliche Erkenntnisse und an neu entwickelte, personenbezogene Behandlungs- und Interventionsformen anzupassen. Weder eine deterministische Planung verhaftete gesundheitspolitische Steuerung noch ein marktwirtschaftlicher Neoliberalismus sind diesen Herausforderungen gewachsen. Vielmehr bedarf es moderner Formen kontinuierlicher, multidimensionaler Steuerung, die in den abschließenden Ausführungen näher zu skizzieren sind.

Des ungeachtet bedarf die erforderliche Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe jedoch auch einer umfassenden gesellschafts- und gesundheitspolitischen 'Suchtpolitik'. Hierzu zäh-

len sämtliche die Nachfrage- und Angebotsseite betreffenden Maßnahmen und Regelungen, also auch die Bereiche der Primärprävention. Ziel einer solch umfassenden Politik sollte sowohl die Reduktion des Gesamtkonsums psychotroper Substanzen als auch die Reduktion der gesellschaftlichen wie der individuellen Probleme sein, die mit ihrem Gebrauch verbunden sind. Eine solche Politik muss Alkohol, Medikamente, Nikotin und illegale Drogen gleichermaßen einbeziehen.

5 Zukunftssicherung durch kontinuierliche Kooperation, Planung und Steuerung

Strukturelle Defizite der Suchtkrankenhilfe sind nicht zuletzt durch die wenig koordinierte Koexistenz einer Vielzahl von Kosten- und Leistungsträgern sowie Angebotsformen bedingt. Vor allem die Kooperation auch über Grenzen der Versorgungssektoren hinaus sowie Strukturplanung und -steuerung im Verbund aller Akteursgruppen bedürfen der Intensivierung. Diesbezüglich bisher zur Verfügung stehende Instrumente haben sich als nur begrenzt geeignet erwiesen. Daher besteht die Notwendigkeit, neue, konsensorientierte Planungs- und Kooperationsstrukturen zu implementieren. Entsprechende Methoden der modernen Sozialplanung integrieren quantitative und qualitative Planungsschritte. Sie setzen die Diskurs- und Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten voraus.

Trotz weitgehend differenzierter und in manchen Bereichen näherungsweise flächendeckender Angebote der Suchtkrankenhilfe verweist die Expertenkommission des Modellprogramms der Bundesregierung zur Umsetzung der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete auf die nach wie vor bestehenden strukturellen Defizite des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke. Es zeichne "sich noch immer durch fehlende Orientierung am Prinzip der Gemeindenähe, Mangel an Koordination und Kooperation sowie durch Zuständigkeits- und Finanzierungsprobleme" (Expertenkommission 1990, 20) aus.

Diese strukturellen Defizite sind, wie gezeigt, unter anderem dadurch bedingt, dass die Suchtkrankenhilfe eine Vielzahl von Kosten- und Leistungsträgern aufweist. Deren Aufgaben, Ziele und Zuständigkeiten orientieren sich primär eher an institutionellen Handlungskonzepten und Erfordernissen sowie an unterschiedlichen sozialgesetzlichen Vorgaben, denn an problembezogenen Arbeitsweisen. Dabei befinden sich die Leistungsträger in (zunehmenden) Konkurrenzverhältnissen.

Seit Bestehen der Suchtkrankenhilfe wurden fortschreitend differenziertere und spezialisiertere Angebotsformen entwickelt. Dieser Diversifikationsprozess war immer auch eine Reaktion auf neue Bedarfslagen. Dabei kann beispielsweise für die Drogenhilfe von einer hohen Bedarfsdeckung ausgegangen werden, während diese im Bereich der Hilfen bei alkoholbezogenen Störungen als deutlich geringfügiger anzunehmen ist. So hatten in einer Befragung beispielsweise 80% der Patienten mit drogenbezogenen Störungen, die sich in stationärer Krankenhausbehandlung befanden, schon einmal Angebote der Suchtkrankenhilfe in Anspruch genommen, dagegen galt dies nur für 41% der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (Arnold, Schmid, Simmedinger 1999). Andere Adressatengruppen, wie insbesondere die große Gruppe der Menschen mit schädlichem und riskantem Gebrauch psychotroper Substanzen, werden vom spezialisierten Hilfesystem allenfalls ungenügend erreicht.

Einerseits sind also Planungs- und Steuerungs- sowie Kooperationsdefizite offenkundig, die nicht zuletzt eine angemessene Nutzung vorhandener Ressourcen verhindern (Hüllinghorst 1997; Müller, Schacke, Stimmer 1991). Andererseits begründen Veränderungsprozesse der Nachfrage, des Angebots und der Anbieterstrukturen, neue Erwartungen aus Gesellschaft und Politik sowie Verschiebungen sozial- und gesundheitspolitischer Zuständigkeiten, die sich nicht zuletzt in der Umgestaltung wichtiger gesetzlicher Grundlagen niederschlagen, für alle Bereiche der Suchtkrankenhilfe vielschichtige und dauerhafte Entwicklungsdynamiken. Tendenziell statische Bedarfslagen und Versorgungsstrukturen, gleich wie ausgeformt, können für die Zukunft nicht mehr angenommen werden.

Angesichts dieser Umstände bedarf es kooperativer Planungs- und Steuerungsmaßnahmen, die sämtliche Versorgungsbereiche der Suchtkrankenhilfe sowie Vertreter aller Akteure (Kostenträger, Leistungsträger - auch benachbarter Versorgungsbereiche, Politik, Leistungsempfänger) berücksichtigen. Deren kontinuierlich verfolgtes Interesse muss die Sicherung einer bedarfsgerechten, effektiven (also qualitativ hochwertigen) und effizienten (also kostengünstigen) Versorgungsstruktur sein. *Diese Strukturplanung hat sich gleichermaßen an quantitativen wie qualitativen Erfordernissen auszurichten.*

Ihre konkreten Hauptziele betreffen die "bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller Menschen mit Substanzproblemen" sowie die "bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste" (Hüllinghorst 1998) durch

- Lenkung von Finanzströmen nach Bedarfen der Adressaten,
- Qualitätssicherung und -kontrolle,
- Erschließung von Ressourcen und Synergieeffekten,
- Schaffung von Rahmenbedingungen für Vernetzung und Kooperation (vgl. Schönherr 1997).

Bedarf wird dabei einerseits durch die faktische Nachfrage nach vorhandenen Angeboten definiert, schließt jedoch auch potentielle Nachfragen mit ein, denen gegenwärtige Angebote nicht oder nur unzureichend entsprechen. Die Strukturplanung erhebt den vorhandenen Bestand, eruiert quantitative und qualitative Entwicklungsbedarfe und formuliert aufeinander abgestimmte Handlungsschritte zur strukturellen Weiterentwicklung von Suchtkrankenhilfe und Suchtpolitik. Den Grundsätzen moderner Sozialplanung folgend besteht sie aus drei aufeinander aufbauenden Planungsphasen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1997):

1. Planungsphase: Ermittlung des Bestandes an Einrichtungen und Hilfen
2. Planungsphase: Ermittlung von Versorgungsbedarfen
3. Planungsphase: Fachliche und politische Bewertung und Angebotssteuerung

Von solcher flächendeckenden Strukturplanung der Suchtkrankenhilfe kann auf Bundesebene in keiner Weise, auf kommunaler und Länderebene nur mit großen Einschränkungen ausgegangen werden.¹⁴ Derzeit liegen zudem nur ungenügende regionale und überregionale Planungsdaten vor. Dies gilt weniger hinsichtlich der Angebotssituationen: Zu zentralen Versorgungsbereichen sind diesbezüglich umfangreiche und differenzierte Informationen vorhanden. Es fehlen jedoch vor allem entsprechende Bedarfssparameter, auf deren Grundlage Bestandsbewertungen und Angebotssteuerungen durchgeführt werden könnten (vgl. John 1997). Weiterhin bedarf es der verbindlichen Definition von Planungsregionen. Die DHS schlägt vor, die Bundesländer als übergeordnete Planungsregionen zu begreifen, und die entsprechende Basisplanung auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte durchzuführen (Expertenkommission 1990; Pörksen 1994; Hüllinghorst 1998). Diese Planungsstruktur entspräche sowohl der kommunalen Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge ihrer Bewohner als auch dem Prinzip gemeindenaher Versorgung.

Die DHS regt an, als zentrale Planungs- und Steuerungsinstanzen Arbeitsgemeinschaften auf Länderebene (in Anlehnung an die §§ 86ff SGB X) einzurichten (Hüllinghorst 1998). Diese Landesarbeitsgemeinschaften sollten für die Angelegenheiten der Suchtkrankenhilfe unterhalb der gesetzlichen Ebene zuständig sein und für diese Bereiche möglichst umfangreiche Richtlinienkompetenzen besitzen. Ihnen sollten angehören:

- das für Suchtfragen federführende Ministerium
- die Rentenversicherungsträger
- die Krankenversicherungsträger
- die überörtlichen Sozialhilfeträger
- die kommunalen Spitzenverbände
- die Landesstelle gegen die Suchtgefahren

¹⁴ Ein aktuelles Beispiel ist das "Landesprogramm gegen die Sucht" in Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 1999).

- die Träger der Suchtkrankenhilfe (vgl. Hüllinghorst 1998)¹⁵

Die Planungsmethode der Arbeitsgemeinschaften muss dem aktuellen Stand der Sozialplanung entsprechen. Hier wurden noch bis vor einiger Zeit Bedarfsaussagen in Form fixer allgemeiner Richtwerte getroffen. Teilweise bis in die Gegenwart finden 'Bedarfsrichtwerte' Verwendung, die sich - i.d.R. nur nach Altersgruppen differenziert - auf absolute Bevölkerungszahlen beziehen. Sie dienen Ländern und Kommunen als einfache Anhaltspunkte planerischen Handelns. Solche festen Richtwerte sind mit gravierenden Mängeln behaftet, die eine große Wahrscheinlichkeit örtlicher Fehlplanungen bedingen:

- Sie ignorieren regionalspezifische Unterschiede (von besonderer Bedeutung ist dabei die Stadt/Land-Differenzierung) und
- sie vernachlässigen mögliche Substitutionsbeziehungen zwischen einzelnen Angebotstypen (so kann z.B. ein Ausbau teilstationärer Angebote den Bedarf an stationären Angeboten senken).
- Schließlich bleiben die Berechnungsgrundlagen derartiger Richtwerte zumeist unklar. Normative Festlegungen werden kaum hinreichend begründet und empirisch abgesichert. Ihre Nennung geschieht nicht selten unter finanzpolitischen Gesichtspunkten.

Einen neuen Weg weist die bewusste Entscheidung, im Anschluss an die Bestandsermittlungen der 1. Planungsphase (*Ermittlung des Bestandes an Einrichtungen und Hilfen*) auf die Vorgabe fester Richtwerte zu verzichten und stattdessen in der 2. Planungsphase (*Ermittlung von Versorgungsbedarfen*) auf der Basis relevanter Sozialindikatoren Bedarfsmargen zu formulieren. Diese Margen sind als Richtwerte zu verstehen, die eine wesentliche Grundlage des weiteren, kommunikativen und konsensorientierten Planungsprozesses der 3. Planungsphase (*Fachliche und politische Bewertung der Resultate und Angebotssteuerung*) darstellen. Im Rahmen dieses Abstimmungsprozesses aller Akteure der Suchtkrankenhilfe werden die ermittelten Bedarfsmargen - im Sinne von Minimal- und Maximalwerten - in konkrete Planungsaussagen umgesetzt. Diese betreffen die für unterschiedliche Zielgruppen quantitativ und qualitativ erforderlichen Angebote auf überregionaler und regionaler Ebene.

¹⁵ In den Bundesländern bestehen schon seit längerem ähnlich zusammengesetzte Arbeitsgemeinschaften, wie z.B. "Landesarbeitskreise Suchtkrankenhilfe" oder "Arbeitsgemeinschaft Sucht". Vergleichbare Arbeitsgemeinschaften bestehen ferner im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Deren Zuständigkeit ist jedoch weitgehend beschränkt, da ihnen in der Regel keine verbindliche Beschlussfassung möglich ist.

Die Planungen der Landesarbeitsgemeinschaften werden durch analog zusammengesetzte Planungszirkel der Kreise und kreisfreien Städte ergänzt und konkretisiert.

Die Einrichtung dieser Arbeitsgemeinschaften ist entscheidendes Merkmal des dargestellten Planungsverfahrens. Ihre Effektivität, wesentlich beeinflusst durch das Ausmaß zugewiesener Kompetenzen wie auch durch die konsensorientierte Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Akteure, bestimmt sowohl die Gültigkeit der gewonnenen Planungswerte als auch die Effizienz der aus ihnen abzuleitenden Steuerungsschritte. Auf Länderebene sollten sie Rahmenpläne entwickeln, die sich vor allem der überörtlichen Bedarfsdeckung (primär im stationären Versorgungsbereich) widmen. Die entsprechenden Planungszirkel auf kommunaler Ebene sollten parallel dazu sowohl der Berücksichtigung kleinräumiger Besonderheiten (Prinzip der ‚Gemeindenähe‘) dienen, als auch die Umsetzung des zentralen gesundheits- und sozialpolitischen Auftrags der Kommunalpolitik gewährleisten.

Die Kooperationsbereitschaft aller Akteursgruppen der Suchtkrankenhilfe ist eine wesentliche Voraussetzung des skizzierten Planungsprozesses. Daneben böte sich in dessen Rahmen die Möglichkeit, weitere erforderliche Kooperationsbeziehungen zu gestalten. Im Interesse von Effektivität und Effizienz ihrer Versorgungsangebote ist die Entwicklung umfassender und kontinuierlicher Kooperation im System der Suchtkrankenhilfe unverzichtbar. Diese trägt dazu bei, bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Sie ermöglicht problem- und personenzentrierte Hilfen, die alle erforderlichen Angebote auch träger- und systemübergreifend erschließen. Besondere Herausforderungen ergeben sich hierbei an den Schnittstellen der Suchtkrankenhilfe. Dies gilt - wie bereits thematisiert - in besonderem Maß für die Schnittstelle zwischen spezifischer Suchtkrankenhilfe und medizinischer Basisversorgung. Die Entwicklung entsprechender Kooperationsstrukturen ist eine der wesentlichen Zukunftsaufgaben der Suchtkrankenhilfe.

Eingangs des vorliegenden Positionspapiers wurde erläutert, dass die gegenwärtigen und für die Zukunft absehbaren Entwicklungsdynamiken der Suchtkrankenhilfe die Erstellung eines sog. ‚Gesamtkonzepts‘ ausschließen, das fixe Versorgungsstrukturen festzulegen sucht. Der dynamischen gesundheits-, sozial- und gesellschaftspolitischen Entwicklung muss vielmehr eine Strukturflexibilität entsprechen, die sowohl an den Bedürfnissen der Suchtkranken als auch an den Zielen gesamtgesellschaftlich wirksamer Primär- und Sekundärprävention orientiert ist. Kontinuierliche Kooperation, Planung und Steuerung sind die hierzu tauglichen Methoden und Instrumente. Dass eine solch fundamentale Herausforderung gerade vor dem Hintergrund bislang eher überschaubarer Strukturentwicklungen in der Suchtkrankenhilfe nicht unverzüglich und auf jeder Ebene gleichermaßen angenommen und umgesetzt werden

kann, ist selbstverständlich. Es entspricht der Zielsetzung, den Aufgaben und dem Selbstverständnis der DHS, die Zukunftsperspektiven der Suchtkrankenhilfe auch im hier aufgezeigten Sinn kontinuierlich mitzuentwickeln.

Literatur

Aasland, O.G. (1996): Prävention alkoholbezogener Probleme: Der Ansatz öffentlicher Gesundheit. *Sucht*, 42, S. 236-245.

Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (1997): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Ali, R., Auriacombe, M., Casas, M., Cottler, L., Farrell, M., Kleiber, D., Kreuzer, A., Ogborne, A., Rehm, J., Ward, P. (1999): Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts. *Sucht*, 45, S. 160-170.

Anderson, P. (Ed.) (1996): Alcohol – less is better. WHO Regional Publications, European Series, No. 70.

Arbeitsgruppe CMA (1999): Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. *Sucht*, 45, S. 6-13.

Arnold, T., Feldmeier-Thon, J., Frietsch, R., Simmedinger, R. (1995): Wem hilft Methadon? Daten, Fakten, Analysen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Substitutionsbehandlung in Hessen. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

Arnold, T., Korndörfer, G. (1993): Modellprogramm Aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Drogenabhängige. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Band 15 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Arnold, T., Schmid, M., Simmedinger, R. (1999): Suchthilfe im Krankenhaus. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe / Nachgehende Sozialarbeit“. Band 120 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Arnold, T., Steier, M. (1997): Wissenschaftliche Begleitung der sucht- und familientherapeutischen Einrichtung VILLA MARIA. ISS-Aktuell 24/1997. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

Batra, A. (1996): Tabakabhängigkeit und moderne Raucherentwöhnungsmethoden. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hg.): *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Fischer, S. 323-331.

Behrend, K., Degkwitz, P., Trüg, E. (1995): Schnittstelle Drogenentzug. Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Bergmark, A. (1998): The Relationship between Alcohol and Drug Treatment Systems. In: Klingemann, H., Hunt, G. (Eds.): *Drug Treatment Systems in an International Perspective. Drugs, Demons, and Delinquents*. London, New Delhi: Sage, S. 298-307.

Beutel, M. (1996): DIN EN ISO 9000 ff. Ein Model zur Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe? *Sucht*, 42, S. 56-61.

Beutel, M., Klein, T., Missel, P., Schmid, C., Weissinger, V. (1995): Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenhilfe. Gemeinsames Positionspapier des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. und des Fachverbandes Sucht. Sucht, 41, S. 141-145.

Beyer, H. (1996): Rehabilitationsstrategie zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In: Fachverband Sucht (Hg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Geesthacht: Neuland, S. 100-112.

Bühringer, G. (1991): Forschungsbedarf im Bereich der Drogenabhängigkeit. Sucht, 37, S. 42-49.

Bühringer, G. (1997a): Suchtkrankenhilfe und Forschung in Deutschland: eine problematische Beziehung. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 259-269.

Bühringer, G. (1997b): Versorgungsstruktur und Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe. In: John, U., DHS (Hg.): Regionale Suchtkrankenversorgung. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 27-38.

Bühringer, G., Künzel, J. (1999): Suchtkrankenhilfe braucht neue Wege: Bedarfslagen, Versorgungsstrukturen und Konzepte. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen (Hg.): Drogenkonferenz 1998. 20. Fachtagung der Landesregierung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz am 25. Juni 1998. Arbeitsergebnisse. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, S. 16-41.

Bühringer, G., Adelsberger, F., Heinemann, A., Kirschner, W., Knauß, I., Kraus, L., Püschel, K., Simon, R. (1997): Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. Sucht, 43, Sonderheft 2.

Bühringer, G., Künzel, J., Spies, G. (1995): Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland. Band 55 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg.) (1998): „Harm reduction – eine Aufgabe der Suchtprävention?“ Fachtagung des Büros für Suchtprävention Hamburg in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) Landesvertretung Hamburg. Hamburg.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (1996): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken. Alkohol, Drogen, Medikamente. Heft 12 der Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt/M.

Bundesminister für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1998): Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Band 106 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Bundesminister für Gesundheit (BMG), Bundesminister des Innern (BMI) (Hg.) (1992): Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan. Maßnahmen der Rauschgiftbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängige. Bonn.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (1999): Richtlinien über die Förderung der Forschungsverbände für Suchtforschung. Bundesanzeiger Nr. 155 /20. August 1999, S. 14.263.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2000): Prävention des Ecstasykonsums. Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Dokumentation eines Statussemi-

nars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef. Band 5 der Fachheftreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 2. Aufl. Köln: Eigenverlag.

Cording, C., Fleischmann, H., Klein, H.E. (Hg.) (1995): Qualitätssicherung in der Suchtherapie. Die Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen im psychiatrischen Krankenhaus. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1995): Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1998a): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1998b): Drogenpolitik und Drogenhilfe. Sucht, 44, S.287-295.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1999): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Informationen zur Suchtkrankenhilfe, 1.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.) (1997): Handbuch der örtlichen Sozialplanung. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Dilling, M., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Donabedian, A. (1982): An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: Selbmann, H.-K., Überla, K.K. (Hg.): Quality Assessment of Medical Care. Gerlingen: Bleicher.

Donabian, A. (1992): Quality assurance in health care: consumers' role. Quality in health care 1, S. 247-251.

Edwards, G. (Hg.) (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke.

Egg, R. (Hg.) (1999): Drogenmissbrauch und Delinquenz. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.

Eike, W., Mühl, W. (1998): Qualitätsmanagement. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht: Neuland, S. 204-214.

Engler, U., Schlanstedt, G. (1998): Modellprojekt Bochum. „Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker in einem städtischen Versorgungssektor“. In: Bundesminister für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1998): Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Band 106 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, S. 96-151.

Erdélyi, P. (1995): Junge Suchtkranke im Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe – Drogenhilfe – Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 193-200.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (Hg.) (1998): Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 1997. Lissabon: EBDD.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (Ed.) (1997): Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe. EMCDDA Scientific Monograph Series No. 1. Lisbon: The European Communities.

Expertenkommission (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Hg. vom Ministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Bonn.

Expertenkommission (1990), Expertenkommission des Modellprogramms der Bundesregierung zur Umsetzung der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete. Bundestagsdrucksache 11/849. Bonn: Deutscher Bundestag.

Fachausschuss Sucht (Hg.) (1994): Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker. Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Verhaltensmedizin heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Heft 1.

Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1996): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Geesthacht: Neuland.

Fachverband Sucht e.V. (1998): Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Bonn

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hg.) (1997): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Schwerpunkt Drogenarbeit. Geesthacht: Neuland.

Fett, A. (Hg.) (1992): Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Feuerlein, W., Kufner, H., Soyka, M. (1998): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie. 5. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Fleisch, E., Haller, R., Heckmann, W. (Hg.) (1997): Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie. Weinheim, Basel: Beltz.

Fleischmann, H., Lenske, H., Wenig, C., Unglaub, W., Cording, C. (1995): Zur Qualität der Entzugsbehandlung. In: Cording, C., Fleischmann, H., Klein, H.E. (Hg.): Qualitätssicherung in der Suchttherapie. Die Entzugsbehandlung Drogenabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 54-66.

Frings, P. (1999): § 93 BSHG – Anforderungen und Konsequenzen für die Einrichtungen der Behindertenhilfe. Sozialrecht Aktuell, 7-8 (Teil 1) und 9 (Teil 2).

Gaßmann, R. / Zängl, P. (1998): Daten machen keine Politik. Möglichkeiten und Grenzen der Sozialplanung im Spannungsfeld von Wünschen und Wirklichkeiten. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 1, S. 18-28.

Genin, G. (1992): Der Sozialpsychiatrische Dienst: Feuerwehr und Notnagel oder zentraler Baustein einer qualifizierten ambulanten Abhängigkeitskrankenversorgung? In: Wienberg, G. (Hg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 122-138.

Glaeske, G. (1995): Die Versorgung Medikamentenabhängiger in der Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 279-285.

Glaeske, G. (1998): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 1999. Geesthacht: Neuland, S. 43-66.

Glaeske, G. (2000): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland, S. 63-79.

Glück, E. (1997): Sicherung von Qualität und Leistungsfähigkeit der Wohnungslosenhilfe bei der Umsetzung der §§ 93 ff BSHG. wohnungslos, 1 (Teil 1), 2 (Teil 2) und 3 (Teil 3).

Görgen, W., Hartmann, R., Möller, I., Oliva, H. (1996): Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe. Qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie. Band 81 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Haller, R., Hinterhuber, H. (1997): Begriffsbestimmungen. In: Fleisch, E., Haller, R., Heckmann, W. (Hg.): Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie. Weinheim, Basel: Beltz, S.30-42.

Hartmann, R., Möller, I., Schmid, R., Schu, M. (1994): Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit – „Booster-Programm“. Abschlußbericht. Band 35 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Hartwig, K.-H., Pies, I. (1995): Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroinvergabe. Tübingen: J.C.B. Mohr.

Hauschildt, E. (1995): „Auf den richtigen Weg zwingen ...“ – Trinkerfürsorge 1922-1945. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Heckmann, W., Püschel, K., Schmoltdt, A., Schneider, V., Schulz-Schaeffer, W., Soellner, R., Zenker, C., Zenker, J. (1993): Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität. Band 28 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Helas, I. (1997): Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 147-161.

Henkel, D. (1998): Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: nationale und internationale Forschungsergebnisse. In: Henkel, D., Vogt, I. (Hg.): Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen. Opladen: Leske + Budrich, S. 101-136.

Henkel, D., Vogt, I. (Hg.) (1998): Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen. Opladen: Leske + Budrich.

Holz, A. (1998): Der Stellenwert der Hilfen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängige im Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 49, S. 305-311.

Holz, A., Leune, J. (1998): Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht: Neuland, S. 154-174.

Hüllinghorst, R. (1997): Hilfe für Suchtkranke als gesellschaftliche Aufgabe. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 285-306.

Hüllinghorst, R. (1998): Planung und Steuerung in der Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht: Neuland, S. 191-203.

ICIDH – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (1995). Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Institute of Medicine (1990): Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington DC: National Academy Press.

Jagoda, B., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (1994): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Tagungsbericht. Köln: Rheinland-Verlag.

John, U. (1985): Rehabilitation Alkoholabhängiger. Ansätze und Grenzen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

John, U. (1993): Suchtforschung in der Bundesrepublik Deutschland. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht '94. Geesthacht: Neuland, S. 73-79.

John, U. (1997): Bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung bei Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit. In: John, U., DHS (Hg.): Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 11-26.

John, U., DHS (Hg.) (1997): Regionale Suchtkrankenversorgung. Freiburg i. Br.: Lambertus.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. (1997): Gesundheitsversorgung und Sekundärprävention der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: Watzl, H., Rockstroh, B. (Hg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe, S.185-199.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos: Baden-Baden.

Joó, S., Schulze, H. (1998): Suchtmittel im Straßenverkehr – Zahlen und Fakten. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht: Neuland, S. 104-127.

Kalke, J., Raschke, P. (1999): Entzugsbehandlung im Klinikum Nord – Auswertung einer Patientendokumentation. In: Krausz, M., Raschke, P. (Hg.): Drogen in der Metropole. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag, S. 239-254.

Kemmesies, U. (1995): Szenebefragung Frankfurt/Main 1995. Die ‚Offene Drogenszene‘ und das Gesundheitsraumangebot in Ffm. – ein erster Erfahrungsbericht. Abschlußbericht im Auftrag der Stadt Frankfurt/Dezernat Frauen und Gesundheit – Drogenreferat. Frankfurt am Main.

Kindermann, W. (1996): Das Ende der Spezialisierung? Caritas, 98, S. 485-495.

Kirschner, W., Kunert, M. (1997): Umfang und Struktur von i.v. Drogenabhängigen in Deutschland (1995). Anonymes Monitoring in den Praxen niedergelassener Ärzte. München: Profil.

Klingemann, H., Hunt, G. (Eds.) (1997): Drug Treatment Systems in an International Perspective. Drugs, Demons and Delinquents. London, New Delhi: Sage.

Klingemann, H., Takala, J.P., Hunt, G. (Eds.) (1992): Cure, care, or control. Albany: State University of New York Press.

Knauf, W., Murk, B., Knauber, A. (1996): Berufsförderung bei Alkoholabhängigen. Berufsfördernde Maßnahmen in einem integrierten Behandlungsmodell. Eine vergleichende Evaluationsstudie bei Alkoholabhängigen. Abschlußbericht. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.

Körkel, J. (1988): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin: Springer.

Körkel, J. (1995): Primäre und sekundäre Rückfallprävention in einem vernetzten Suchthilfesystem. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 217-230.

Körtel, K., Hack, C.-H. (1997): Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 133-138.

Krasney, O.E. (1997): Sozialversicherungsrechtliche Entwicklungen bei der Betreuung Suchtkranker. In: DHS (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 221-227.

Kraus, L., Bauernfeind, R. (1998): Repräsentativerhebung 1997. Schriftliche Befragung zum Gebrauch psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Kraus, L., Bauernfeind, R., Bühringer, G. (1998): Epidemiologie des Drogenkonsums. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Band 107 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Krausz, M., Müller-Thomsen, T. (Hg.) (1994): Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Krausz, M., Peter, H., Naber, D. (1998): Pharmakotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 21, S. 59-67.

Krausz, M., Raschke, P. (Hg.) (1999): Drogen in der Metropole. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Pörksen, N., Wessel, T. (1997): Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung. Bedarfslage und Umsetzung eines Interventionskonzeptes in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: DHS (Hg.): Alkohol, Konsum und Missbrauch. Alkoholismus, Therapie und Hilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 355-370.

Kremer, G., Dormann, S., Wienberg, G., Pörksen, N., Wessel, T., Rüter, E. (1998): Modellprojekt Bielefeld. „Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke“. In: Bundesminister für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1998): Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Band 106 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, S. 8-52.

Kreuzer, A. (1999): Delinquenzbelastung von Drogenkonsumenten. In: Egg, R. (Hg.): Drogenmissbrauch und Delinquenz. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, S. 37-56.

Küfner, H. (1997): Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen. In: Watzl, H., Rockstroh, B. (Hg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe, S. 201-228.

Küfner, H., Vogt, M., Weiler, D. (1999): Medizinische Rehabilitation und Methadonsubstitution: Modellprojekt zur Vorbereitung und Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei übergangsweisem Einsatz einer Substitution mit Methadon. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Ladewig, D. (1994): Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit. BMBF-Förderkonzept „Suchtforschung 1994“. Sucht, 40, S. 352-358.

Ladewig, D. (1997): Bericht über das Statusseminar am 27./28. November in Bad Honnef. Sucht, 43, S. 156-162.

Langnickel, H. (1997): Patentrezept Vernetzung? Zwischen Sparzwängen und Qualitätsansprüchen. In: Qs 10, Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 7-20.

Leonhardt, H.-J., Mühler, K. (1998): Der Weg ist das Ziel. Zur Problematik der Definition und der Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängiger (Alkohol und Medikamente). Suchtreport, 3, S. 29-36.

Mann, K. (1996): Suchtforschung in Deutschland. in: DHS (Hg.) (1996): Jahrbuch Sucht 1997. Geesthacht: Neuland, S. 113-127.

Mann, K., Buchkremer, G. (Hg.) (1995): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sucht, 41, Sonderband. Geesthacht: Neuland.

Mann, K., Buchkremer, G. (Hg.) (1996): Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Fischer.

Mann, K., Kapp, B. (1997): Drogenentzug. Baden-Württemberg Studie. Evaluation des niedrigschwiligen und qualifizierten Angebots. Sucht 14. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.

Mann, K., Mundle, G. (1996): Die pharmakologische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen. Bedarf und Möglichkeiten. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hg.): Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Fischer, S. 317-321.

Mann, K., Stetter, F., Günthner, A., Buchkremer, G. (1995): Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Dt. Ärztebl, 92, A-3052-3059.

Meyenberg, R., Stöver, H., Jacob, J., Pospeschill, M. (1999): Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Band 3: Abschlußbericht. Oldenburg: BIS.

Miller, W., Rollnick, S. (1991): Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior. New York, London: The Guilford Press.

Miller, W., Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Hg. und für die dt. Ausg. bearb. von Kremer, G., Schroer, B. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (1999): NRW-Landesprogramm gegen die Sucht. Eine Gemeinschaftsinitiative. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

Müller, H.R., Schacke, J., Stimmer, F. (1991): Gemeindenahe Suchtkrankenhilfe. Versorgungswirklichkeit und Entwicklungsmöglichkeiten am Beispiel einer Region. Geesthacht: Neuland.

Münder, J. (1997): Die öffentliche Finanzierung von Einrichtungen und Diensten der Drogen- und Suchtberatung freier Träger. Geesthacht: Neuland.

Nelson, C.B., Wittchen, H.-U. (1998): Smoking and Nicotine Dependence. Results from a Sample of 14- to 24-Year-Olds in Germany. Eur Addict Res, 4, S. 42-49.

Neumeyer, J., Schmidt-Semisch, H. (Hg.) (1997): Ecstasy – Design für die Seele? Freiburg i. Br.: Lambertus.

Notlagenkommission (1998): Zentrale Ergebnisse der Gutachten zu sozialen Notlagen und Hilfen zu deren Überwindung. A. Wohnungslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland und Wohnungsversorgung für Menschen in Wohnungsnot (unkommentierte Zusammenfassung). Wohnungslos, 40, S. 171-183.

Oliva, H., Görden, W., Schlanstedt, G., Schu, M., Sommer, L. (1999): Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. 2. Zwischenbericht. Köln: FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH).

Perkonig, A., Beloch, E., Garczynski, E., Nelson, C.B., Pfister, H. (1997): Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnose und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. Z Klin Psychol, 26, S. 247-257.

Pörksen, N. (1994): Die Empfehlungen der Expertenkommission zur Versorgung Abhängigkeitskranker – eine Bilanz. In: Jagoda, B., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Tagungsbericht. Köln: Rheinland-Verlag, S. 38-49.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984): The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood: Dow Jones Irwin.

Prognos (1993): Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen. Abschlußbericht über das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Psychiatrie-Enquete (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200. Bonn: Deutscher Bundestag.

Raschke, P. (1994): Substitutionstherapie: Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Raschke, P., Verthein, U., Kalke, J. (1996a): Ambulante Abstinenztherapie mit Drogenabhängigen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Raschke, P., Verthein, U., Kalke, J. (1996b): Substitution in Hamburg – Methadonbehandlung Opiatabhängiger von 1990 bis 1995. Bericht der Begleitforschung zur Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen im Auftrag der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Ärztekammer Hamburg und des „Fachverbandes Ambulante Therapie (FAT)“. Hamburg.

Rehm, J., Fischer, B. (1997): Deutsche Suchtforschung im Wandel – Perspektiven für die Zukunft. *Sucht*, 43, S. 163-169.

Reis, C. (1997): „New Public Management“ im Rahmen der Produktion von Dienstleistungen. *NDV*, 77, S. 318-323 und S. 354-358.

Reuband, K.-H. (1993): Forschungsdefizite im Bereich des Drogengebrauchs. *Sucht*, 39, S. 48-56.

Rush, B. (1996): Alcohol and other drug problems and treatment systems: a framework for research and development. *Addiction*, 91, S. 629-642.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (dt. Bearb.) (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Schliehe, F. (1998): Qualitätsmanagement und Forschungsförderung durch die Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 12, S. 882-890.

Schmid, M., Simmedinger, R., Vogt, I. (1999): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1998 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. *ISS-Pontifex*, 3. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

Schmid, M., Vogt, I. (1998): Die Entwicklung des Drogenhilfesystems in Deutschland, 1970-1995. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 21, S. 39-52.

Schmidt, M., Krahl, W., Holst, A., von Cranach, M. (1999): Tagesklinische Entzugsbehandlung Opiatabhängiger. *Sucht*, 45, S. 195-200.

Schneider, J. (1992): Die Behandlung Abhängigkeitskranker im Allgemeinkrankenhaus: Ein Blick in die Dunkelzone. In: Wienberg, G. (Hg.): *Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 114-121.

Schönherr, U. (1997): Planung und Steuerung in der Suchtkrankenhilfe. Gesellschaftspolitische Aspekte. In: DHS (Hg.): *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven*. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 270-275.

Schreiber, M. (1997): Modellförderung in der Hilfe für Drogenabhängige. In: DHS (Hg.): *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven*. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 193-201.

Schuller, K., Stöver, H. (Hg.) (1990): *Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Schwoon, D. (1992): Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg, G. (Hg.): *Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 170-182.

Schwoon, D. (1996): Nutzung professioneller Nachsorge und Selbsthilfegruppen durch Alkoholiker nach stationärer Kurzzeittherapie. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hg.): Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Fischer, S. 281-287.

Schwoon, D., Krausz, M. (1990): Suchtkranke – die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.

Schwoon, D., Krausz, M. (1994): Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. 2. Auflage. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Selbmann, H.-K., Überla, K.K. (Hg.) (1982): Quality Assessment of Medical Care. Gerlingen: Bleicher.

Shiner, M., Newburn, T. (1996): Young People, Drugs and Education: An Evaluation of the Youth Awareness Programme (YAP). Home Office Drugs Prevention Initiative.

Simmedinger, R., Frietsch, R. (1998): Modellprojekt „Schuldnerberatung und Entschuldungshilfe im Trägerverbund“. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. ISS-Referat, 2. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

Simon, R., Palazetti, M., Bühringer, G., Schmidtobreck, B., Helas, I., Hüllinghorst, R. (1998): Jahresstatistik 1997 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum 1.1.1997 – 31.12.1997. EBIS-Berichte, Band 29. Hamm: EBIS-AG der DHS.

Simon, R., Tauscher, M., Pfeiffer, T. (1999): Suchtbericht Deutschland 1999. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Soyka, M. (1997): Alkoholismus: eine Krankheit und ihre Therapie. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (1996): Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe S.3. Fragen zur Gesundheit 1995. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Stöver, H. (1990): Akzeptierende Drogenarbeit: Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven. In: Schuller, K., Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 14-30

Tretter, F. (1998): Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Droge. Göttingen: Hogrefe.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997): Synthesebericht. Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten. Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zürich: Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich.

Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Beiglböck, W., Preinsperger, W., Mader, R. (1999): Handbuch Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) (1998): Statistik Rehabilitation des Jahres 1997. Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 1997. Band 126. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

- Vogt, I. (1996): Frauen und psychotrope Substanzen: Konsummuster, Abhängigkeiten und die Suchtkrankenhilfe. Zeitschrift für Frauenforschung, 14, S. 117-128.
- Vogt, I. (1997): „Bella Donna“. Die Frauenberatungsstelle im Ruhrgebiet. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Berlin: VWB.
- Vogt, I., Schmid, M. (1998): Illicit Drugs in Germany and the Emergence of the Modern Drug Treatment System. In: Klingemann, H., Hunt, G. (Eds.): Drug Treatment Systems in an International Perspective. Drugs, Demons and Delinquents. London, New Delhi: Sage, S. 145-157.
- Wanke, K. (1997): Sucht im Wandel? Realität und Realitäten. In: DHS (Hg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 75-86.
- Watzl, H., Rockstroh, B. (Hg.) (1997): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe.
- Wendt, W.R. (1995): Unterstützung fallweise. Case-Management in der Sozialarbeit. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Wendt, W.R. (1997): Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Wetterling, T., Veltrup, C. (1997): Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Ein Leitfaden. Berlin: Springer.
- WHO (1998): Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. Genf: WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1993): Europäischer Aktionsplan Alkohol. Gamburg: Conrad.
- WHO, Regional Office for Europe (1998): Health21 – Health for All in the 21st Century. European Health for All Series No. 5. Copenhagen.
- Wiegand, G. (1999): Das Psychotherapeutengesetz aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers – was ändert sich für die Rehabilitation Suchtkranker? Sucht, 45, S. 208-210.
- Wienberg, G. (1994): Die vergessene Mehrheit – Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik. In: Jagoda, B., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Tagungsbericht. Köln: Rheinland-Verlag, S. 18-36.
- Wienberg, G. (Hg.) (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wittenius, U. (1998): Die Umsetzung der §§ 93 ff. BSHG – Stand der Dinge. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 49, S. 26-30.
- Wittfoot, J. (1997): Ambulante Entgiftung in der Psychiatrischen Ambulanz in Bielefeld. In: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 101-108.

Zenker, C., Greiser, E. (1998): Erprobungsvorhaben zur Prävalenzschätzung des regionalen illegalen Drogenmissbrauchs und seine Folgen. Bremen: Bremer Institut für Präventivforschung und Sozialmedizin.

Zenker, C., Lang, P. (1995): Methadon-Substitution in Bremen. Abschlussbericht der sozialmedizinischen Begleitforschung. Bremen: Bremer Institut für Präventivforschung und Sozialmedizin.

Trägerverbände der DHS

Verbände der freien Wohlfahrtspflege

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)

Deutscher Caritasverband e.V.

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS)

Der Paritätische Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.

BAG der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Abstinenz- und Selbsthilfeverbände

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband e.V.

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V.

Blaues Kreuz in Deutschland e.V.

Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e.V. (BVEK)

Deutscher Guttempler-Order (I.O.G.T) e.V.

Kreuzbund e.V.

Fachverbände

Arbeitsgemeinschaft Katholischer Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V.

Bahn-Zentralstelle gegen die Alkoholgefahren (BZAL)

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. „buss“

Bund für drogenfreie Erziehung e.V. (BdE)

Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e.V.

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)

Bundesfachverband Eßstörungen e.V.

Fachverband Glücksspielsucht e.V.

Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren e.V. (GAD)

Katholische Sozialethische Arbeitsstelle e.V. (KSA)

Verband ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke / Drogenabhängige e.V. (VABS)